

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

N° 1042

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lionel, Philippe, Robert THENAULT

Interne au Centre Hospitalier de Nevers

Né le 24 novembre 1942, à Rambouillet (Seine et Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

196

A PROPOS DE 24 OBSERVATIONS D'ENDOCARDITES BACTERIENNES

•

RECUEILLIES AU CENTRE HOSPITALIER DE NEVERS

Président : M. BASTIN, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1969



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lionel, Philippe, Robert THENAULT

Interne au Centre Hospitalier de Nevers

Né le 24 novembre 1942, à Rambouillet (Seine et Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**A PROPOS DE 24 OBSERVATIONS
D'ENDOCARDITES BACTERIENNES**

•

RECUEILLIES AU CENTRE HOSPITALIER DE NEVERS

Président : M. BASTIN, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1969

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LE DOCTEUR EN MÉDECINE

189

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE 24 OBSERVATIONS
D'ENDOCARITES BACTÉRIENNES



REÇUE PAR LA BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE 10 JANVIER 1898

LE 10 JANVIER 1898
N. 10000
1898

A MA FEMME

Docteur en Médecine

En témoignage de ma profonde tendresse.

A MA FILLE

A MA MÈRE

Qu'elle trouve, dans ce travail, toute ma reconnaissance pour les lourds sacrifices qui m'ont permis de réaliser mes études.

A MON PÈRE

Que ce modeste travail soit pour lui l'occasion de se réjouir dans l'au-delà.

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BASTIN

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Infectieuses
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MORIN

Médecin des Hôpitaux

Auprès duquel nous avons trouvé le meilleur accueil.

Avec nos vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a prodigués.

En hommage de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FANJOUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUPERIN

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris
Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Médecine
Chefs de Service au Centre Hospitalier de Nevers

*Qui nous ont inspiré le sujet de cette
thèse et conseillé dans sa rédaction.*

*Qu'ils reçoivent le témoignage de notre
vive reconnaissance pour l'enrichissement
d'une année d'internat passée dans leur
Service.*

*Qu'ils trouvent l'assurance de notre sin-
cère gratitude.*

PLAN

Introduction

Observations

- I — Malades dont les valves ont été détruites (ou supposées détruites) et opérés d'urgence.
- II — Malades décédés d'insuffisance cardiaque.
- III — Malades décédés d'une complication cérébrale.
- IV — Malades dont les dégâts valvulaires et l'insuffisance cardiaque laissent prévoir la chirurgie cardiaque.
- V — Malades dont la cardiopathie est nettement aggravée par l'endocardite et dont l'âge a interdit toute prothèse valvulaire.
- VI — Malades ayant une fièvre au long cours et dont l'endocardite n'a pas posé de problème cardiaque.
- VII — Endocardite sur cœur rhumatismal dont la cardiopathie ne s'est pas aggravée grâce à un diagnostic précoce.
- VIII — Endocardite à évolution particulière : rupture de rate.

Etude étiologique

Complications

Rapport entre les lésions valvulaires et le retard apporté au diagnostic

Conclusion

INTRODUCTION

La distinction entre endocardite maligne aiguë et endocardite maligne subaiguë à marche lente, type Jaccoud-Osler, n'est plus actuellement admise et doit être considérée comme une variante dans l'évolution. En effet, on retrouve dans les deux formes de maladies les mêmes microbes, les mêmes signes biologiques et la même anatomie pathologique.

Ce travail repose sur l'étude de 24 observations du Service de Médecine A au Centre Hospitalier de Nevers, depuis 1962 jusqu'au début de l'année 1969. Il nous a permis de faire une petite statistique sur les signes, les évolutions, les microbes en cause et le traitement avec ses variations selon le retard de diagnostic.

D'autre part, certaines observations exceptionnelles méritent d'être soulignées :

— Observation avec destructions des valves, insuffisance cardiaque décomposée et intervention d'urgence en pleine évolution de la maladie.

— Rupture d'anévrisme de l'artère splénique entraînant une intervention salvatrice d'urgence.

— Une étiologie d'exception qui a d'ailleurs été publié dans les *Archives Maladies du Cœur* : « Anévrisme de Valsalva ayant disséqué le septum sans rupture ».

OBSERVATIONS

I. — Malades dont les valves ont été détruites (ou supposées détruites) et opérés d'urgence

— Observation n° 1 : Pou... Denise

— Observation n° 2 : Las... René

* *

OBSERVATION N° 1

Mme Pou... Denise, 32 ans

Cette observation a été publiée dans les *Archives Maladies du Cœur*, mai 1969, pp. 597-616, par M. le Professeur SOULIÉ et collaborateurs.

La première partie a été faite au Centre Hospitalier de Nevers du 8 novembre 1965 au 5 janvier 1969, date à laquelle la malade est transférée chez le Professeur SOULIÉ.

- *Antécédents :*

R.A.A. probable mais fruste avec nombreuses poussées d'arthralgies depuis 1959.

Aucune anomalie à l'auscultation cardiaque n'a été notée.

Deux grossesses en 1960 et 1961 se sont déroulées sans incidents.

- *Période de début :*

Depuis septembre 1965 :

— Asthénie.

- Douleurs généralisées.
- Dyspnée d'effort.

Depuis octobre 1965, apparition d'une fièvre avec tuméfaction de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche.

• *Hospitalisation :*

Hospitalisé le 8 novembre 1965 pour bilan.

A l'entrée :

- Fièvre à 38°.
- Douleurs généralisées.
- Asthénie importante.

Auscultation :

A la partie basse du bord gauche du sternum, un double souffle avec un élément diastolique qui commence dans la proto-diastole avec un retard sur le deuxième bruit qui est râpeux et frémissant.

E.C.G. : bloc complet de la branche gauche.

Image radioscopique normale.

Examens complémentaires :

Six hémocultures sont faites ; une seule va montrer un *protéus* considéré par le biologiste comme une souillure.

Urée : 0,24 g.

H.L.M. :

- hématies : 6.400 ;
- leucocytes : 11.300.

V.S. : 30-65.

N.F.S. :

- G.R. : 3.900.000 ;
- G.B. : 12.800 ;
- P.N. : 64 %.

• *Evolution :*

La malade est traitée comme une endocardite pendant quatre semaines par 1 g de streptomycine et 4 g de péniciline.

La fièvre se normalise en cinq jours, mais l'apparition de douleurs thoraciques rétro-sternales de type angineux, de nombreux râles crépitants aux deux bases et la sémilogie auscultatoire très particulière font que la malade est transférée le 5 janvier 1966 dans le Service du Professeur SOULÉ.

Toutefois, plusieurs diagnostics sont éliminés :

— Une insuffisance aortique, car pas d'écart tensionnel et silhouette radiologique non évocatrice.

— Une maladie mitrale ou tricuspidiennne dans leur forme classique.

A L'HOPITAL BROUSSAIS, le diagnostic reste également obscur. On évoque :

— Un myxome de l'oreillette gauche, mais l'auscultation ne varie pas avec la position du malade.

— Une affection primitive du myocarde qui pourrait expliquer les troubles de conduction intra-cardiaque.

L'hémodynamique montre, contre toute attente, une insuffisance mitrale massive avec forte élévation des pressions diastoliques ventriculaires gauches.

L'état général se dégradant, nombreuses crises d'O.A.P. malgré digitale et diurétiques.

Troubles de la conduction avec accès de bradycardie à 30.

Hépatomégalie augmentant rapidement.

La malade est donc confiée au Docteur DAUMET pour exploration chirurgicale sous C.E.C. avec le diagnostic de fuite mitrale par mutilation valvulaire ou rupture de cordage consécutive à une greffe oslérienne récente.

• *Intervention :*

Le 15 mars 1966, thoracotomie antéro-latérale droite dans le quatrième espace.

Section horizontale du sternum.

Petite oreillette gauche.

Après mise en route du C.E.C., auriculotomie large. Le cœur étant resté battant, la fuite systolique apparaît très nette et semble due essentiellement à immobilité de la grande valve qui apparaît soulevée par une tumeur septale. Les cordages sont très raccourcis, en particulier au voisinage de la commissure antérieure. Les deux valves elles-mêmes sont un peu épaissies mais ont conservé une bonne souplesse, ceci est vrai pour la grande valve lorsqu'on arrive à la soulever du plan tumoral.

L'exploration digitale de cette tumeur la montre assez ferme, tendue et systolique. On en arrive à penser qu'il s'agit d'un anévrisme septal et une ponction à l'aiguille ramène du sang rouge. On se voit dans l'impossibilité de corriger dans ces conditions l'insuffisance mitrale, une annuloplastie étant impossible et sans doute très dangereuse. D'autre part, la mise en place d'une valve de Starr n'est pas souhaitable, car la tumeur occupe un volume considérable et la place de la prothèse serait très diminuée.

On ferme l'auriculotomie, pensant mettre à plus tard des explorations complémentaires.

A trois reprises, on essaie de supprimer la C.E.C., mais très rapidement la T.A. baisse et on est obligé de remettre en place la C.E.C.

Etant donné l'impossibilité de limiter l'intervention, on fait sous couvert d'un clampage aortique une aortotomie. Au premier examen, les valves paraissent normales, mais au bout d'un certain temps d'exploration, on aperçoit au point déclive de la valve antéro-droite, un orifice ovalaire de 5 mm dans son plus grand diamètre. Le clampage aortique a effacé le sac anévrismal.

On parvient donc enfin au diagnostic d'anévrisme du sinus de Valsalva développé dans l'épaisseur du septum.

Le cœur est arrêté sans aucune fibrillation et l'E.C.G. reste plat.

Il est évident qu'aucune manœuvre ou geste chirurgical n'est à tenter.

- *Nécropsie :*

Elle confirme le diagnostic opératoire. La cavité ventriculaire droite est modifiée par un anévrisme du sinus de Valsalva droit descendant dans le septum interventriculaire et bombant fortement dans la cavité ventriculaire gauche.

La paroi anévrismale est plus épaisse que celle rencontrée habituellement.

A l'intérieur : présence de nombreuses végétations débordant la face antérieure de la poche accessoire, se détachant facilement de la paroi.

L'orifice de la coronaire droite est situé à 12 cm au-dessus de l'orifice de l'anévrisme ; celui de la coronaire gauche est en place normale au niveau du sinus de Valsalva antéro-gauche.

- *Conclusions :*

Il s'agit probablement d'un anévrisme congénital du sinus de Valsalva antéro-droit non rompu et compliqué d'endocardite bactérienne.

La clinique et l'hémodynamique étaient en faveur d'une insuffisance mitrale, vraisemblablement par limitation du jeu de la grande valve du fait de l'anévrisme et beaucoup plus accessoirement par rupture de cordage de la grande valve.

Cliniquement, un anévrisme donne soit une insuffisance aortique qui était au second plan dans cette observation, soit un double souffle systolo-diastolique, ce qui était le cas de cette malade.

L'endocardite, malgré les hémocultures négatives, ne fait aucun doute avec les lésions végétantes que contenait la poche anévrismale.

Comme l'auscultation a toujours été notée comme normale, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un anévrisme bactérien isolé que d'un anévrisme congénital surinfecté secondairement, car certains auteurs vont jusqu'à penser qu'une endocardite bactérienne survenant sur un cœur dont l'auscultation était normale auparavant, doit faire suspecter un anévrisme non rompu du sinus de Valsalva (M. JONES).

La particularité de cette observation est la présence d'une masse anévrismale très importante entraînant des troubles mécaniques notables de la valve mitrale et créant un tableau d'insuffisance mitrale massive.

OBSERVATION N° 2

M. Las... René, 42 ans, ouvrier spécialisé

• *Antécédents :*

Aucune cardiopathie connue.

Pas de chorée.

Pas de R.A.A.

Fracture de côte en 1965 avec pneumothorax.

Est régulièrement visité par la médecine du travail tous les ans où rien n'a été noté.

• *Période de début :*

Le 10 juin 1967, ascension thermique à 39°5 avec douleurs lombaires sans frissons, sans sueur. Il reçoit de l'hexacycline pendant quatre jours. La fièvre descend rapidement et remonte peu de temps après à 38°5-38°7, toujours accompagnée de douleurs lombaires pour lesquelles le malade va recevoir de la furadoïne.

Le 22 juillet 1967, apparition d'une douleur dans le mollet droit, peu intense mais permanente, exacerbée par la marche.

Le 28 juillet 1967, apparition d'une dyspnée de décubitus. Son médecin traitant s'inquiète devant cette fièvre et appelle le Docteur FAUJOUX en consultation.

Dès l'examen, le diagnostic est évident.

Profonde altération de l'état général avec :

— pâleur ;

— asthénie ;

— amaigrissement de 9 kg depuis le 10 juin.

Dyspnée de décubitus.

Hippocratisme digital.

Sueurs.

Auscultation cardio-vasculaire :

— T.A. : 13-5 ;

— pouls régulier : 90 ;

— souffle diastolique au foyer aortique irradiant le long du bord gauche du sternum, d'intensité 4/6, un peu musical.

La radioscopie montre un gros cœur avec une accentuation de la trame pulmonaire.

Auscultation pulmonaire :

— existence de nombreux râles aux niveau des deux bases.

Signes septicémiques :

— le pôle inférieur de la rate est nettement perçu ;

— lésion cutanée type panaris Osler.

Donc : problème d'une insuffisance cardiaque majeure avec fuite aortique.

• *Hospitalisation :*

Hospitalisé le 28 juillet 1967.

Pendant trois jours, le malade est apyrétique et, le quatrième jour, la fièvre remonte.

On peut mettre en évidence une éradication d'une dent de sagesse avant le début de la fièvre.

L'examen clinique reste le même.

A la radioscopie, on note :

- un gros cœur V_2 ;
- une aorte très expansive ;
- des calcifications valvulaires multiples ;
- un O.A.P. subaigu.

On note une diminution du pouls pédieux droit avec apparition, à la face postérieure du mollet droit, d'une masse anévrismale massive et soufflante à la partie basse du creux poplité. La prise d'oscillation montre une nette diminution des indices à la jambe droite (1 à droite contre 4 à gauche).

Examens complémentaires :

Sept hémocultures vont être pratiquées. Une seule sera positive à un streptocoque qui n'a pas été typé, mais l'antibiogramme (Institut Pasteur) montre qu'il est sensible à pénicilline, chloramphénicol, cyclines, érythromycine, peu sensible à la streptomycine.

H.L.M. :

— hématies : 2.700 et 13.500 quinze jours après ;

— leucocytes : 2.000.

V.S. : 78-110.

F.O. : normal.

N.F.S. :

— G.R. : 3.300.000 ; Hb : 9,8 g ;

— G.B. : 11.800 ; P.N. : 76 %.

Protides : 61 g.

Urée : 0,20 g.

Fibrine : 5,5 g.

• *Evolution :*

Traitement anti-infectieux : pénicilline potassique (50 millions) et streptomycine (1 g) en perfusion continue.

L'apyrexie est obtenue au quatrième jour du traitement.

Malgré digitaline et lasilix, l'insuffisance cardiaque devient menaçante :

- essoufflement important ;
- râles pulmonaires en permanence ;
- T.A. : 14-5 ;

témoignent de la destruction du plancher aortique.

D'autre part, l'anévrisme du mollet entraîne des algies rebelles.

Le malade est transféré dans le Service du Professeur SOULIÉ, où l'on décide d'intervenir en urgence sur la cardiopathie, bien que l'insuffisance cardiaque ne soit pas stabilisée.

L'intervention a lieu le 29 août 1967 par le Docteur CACHERA, à la clinique chirurgicale du Professeur DUBOST.

Compte rendu opératoire :

Préliminaires habituels (artère radiale sous pression, veine brachiale pour cathéter en perfusion).

Sternotomie médiane verticale.

A l'ouverture du péricarde, on constate une cardiomégalie importante : l'aorte est dilatée et est le siège d'un double thrill.

Une C.E.C. est installée entre les deux veines caves et l'aorte ascendante (oxygénatur de Bentley).

Aortotomie horizontale basse.

Les deux artères coronaires seront perfusées pendant toute la durée de l'intervention qui se déroulera à cœur battant.

L'ostium coronarien droit est de petite taille et doit être canulé avec la canule de Quing de petite taille.

Les lésions constatées sont très importantes : il existe sur la valve non coronaire des végétations friables qui flottent dans le courant sanguin et qui sont retirées à la pince. La valve est elle-même effilochée et friable. La valve coronaire gauche est le siège d'une perforation. Seule la valve coronaire droite est à peu près conservée, mais elle est épaissie, d'aspect manifestement anormal.

Il existe de plus un nodule calcaire au niveau de la commissure séparant valve coronaire gauche et valve non coronaire, ce qui laisse penser qu'il s'agit de lésions anciennes remaniées par un Osler récent.

L'appareil valvulaire est excisé et remplacé par une valve de Starr n° 11, cousue par une série de pointes en X.

L'aortotomie est refermée par un double surjet.

Après les manœuvres habituelles destinées à la purge de l'air, la C.E.C. est arrêtée après 75 mn de perfusion, le cœur assurant d'emblée des pressions artérielles satisfaisantes. Hémostase soigneuse. Fermeture de la sternotomie aux fils d'acier sur deux drains, l'un intra-péricardique, l'autre rétro-sternal. Un drain pleural décline est rajouté dans la plèvre droite.

Les valves prélevées ont été confiées au Service du Professeur SOULIÉ pour étude bactériologique.

Des hémocultures vont être pratiquées, mettant en évidence un streptocoque.

Les suites sont simples :

— équilibre cardiaque obtenu ;

— les douleurs intolérables du mollet vont s'atténuer comme si l'insuffisance aortique avait joué dans l'évolution de l'anévrisme. Toutefois, leur persistance va imposer la cure de cet anévrisme le 22 septembre 1967, par le Docteur CACHERA.

Le malade est renvoyé à Nevers, le 13 octobre 1967, il est « véritablement transformé », marche, reprend du poids. Il reçoit un traitement comportant du tromexane, digitaline, propiocrine.

Les mois suivants, état stationnaire. L'antibiothérapie est poursuivie. Mais persistance d'une tachycardie.

Le 1^{er} décembre 1967 :

Souffle diastolique au bord gauche du sternum.

L'insuffisance cardiaque réapparaît avec tachycardie, hépatomégalie et épanchement des deux bases. Ceci fait penser à une désinsertion de la valve.

Début janvier :

Majoration du souffle diastolique : 3/6.

Elargissement de la T.A. : 11-5.

Le 5 février 1968 :

Asthénie.

Teint subictérique.

Souffle diastolique énorme.

T.A. : 13-6.

Hépatomégalie : six travers de doigt.

Nombreux râles pulmonaires.

Le tout réalisant un tableau d'O.A.P. subaigu.

Le diagnostic de désinsertion de valve ne fait aucun doute. Le malade part en urgence à Paris après accord avec le Docteur ACAR et le Docteur CACHERA, et arrive dans le service le 7 février 1968, à 17 heures. L'intervention a lieu le jour même, à 22 heures.

Compte rendu opératoire :

Désinsertion d'une valve de Starr aortique. Malade opéré en urgence dans un tableau de défaillance ventriculaire gauche aiguë avec œdème pulmonaire subinquant.

Préliminaires habituels : dénudation de l'artère radiale droite pour monitoring de la pression artérielle et d'une veine saphène interne droite pour cathéter de perfusion et l'artère fémorale droite pour canulation.

Reprise de la sternotomie médiane verticale. Le thorax est ouvert le plus rapidement possible car, depuis une demi-heure environ, l'état du malade s'est très sensiblement aggravé avec une tachycardie aux environs de 150 et une pression artérielle diastolique à 0.

L'abord du cœur est gêné à la fois par des adhérences serrées, séquelles de la première intervention, et par un saignement profus, résultat d'un traitement anticoagulant auquel le malade était assujéti jusqu'à l'intervention.

Aussitôt que l'oreillette droite est dégagée, on y introduit une grosse canule unique et on établit rapidement une C.E.C. entre l'oreillette droite et l'artère fémorale droite.

La dissection du cœur est poursuivie sous couvert de la C.E.C., l'aorte ascendante est clampée et une canule de décharge est introduite dans l'oreillette gauche.

L'aorte est incisée le plus bas possible, c'est-à-dire juste au-dessus de l'aortotomie précédente et une double perfusion coronaire est installée qui sera maintenue pendant toute la durée de l'intervention.

Cependant, l'inspection des lésions est gênée par un retour considérable de sang dans les cavités gauches ; la canule d'aspiration gauche, dont la bonne position est vérifiée, ne suffit pas, même à plein régime, à reprendre tout ce retour sanguin. Dans l'hypothèse d'une insuffisance de débit liée à la canule veineuse unique, on place une deuxième canule dans l'oreillette droite raccordée en Y sur la ligne veineuse ; cependant cette mesure n'améliore pas sensiblement la situation ; on pense à une fistule entre cavités droites et cavités gauches, mais l'exploration limitée qu'offre l'anatomie ne permet pas de confirmer cette notion ; force est donc de laisser un second aspirateur à demeure dans le ventricule gauche par l'aortotomie, en pensant que ce retour sanguin peut être dû simplement à la congestion passive du poumon.

La valve de Starr est alors inspectée ; elle est désinsérée sur la quasi-totalité de sa circonférence. Elle bascule librement autour d'une étroite charnière représentée par quatre à cinq points situés au voisinage de la commissure séparant valve coronaire droite et valve non coronaire ; tous les autres points ont lâché et tous sont bien visibles sur la collerette de téflon de la valve.

Il existe, par ailleurs, des lésions très caractéristiques de l'anneau aortique et qui ne laissent aucun doute sur la nature oslérienne du processus ; au voisinage de la commissure postérieure, on remarque plusieurs anfractuosités arrondies qui sont nettoyées à la curette ; en outre, tout au long de la valve coronaire gauche, il existe une fracture de l'intima évoquant un processus de dissection débutant ; cependant ce sillon relativement profond ne débouche vers le haut sur aucun trajet de dissection à proprement parler ; enfin, l'ensemble de l'anneau aortique offre l'aspect de tissu œdématié et très fragile.

La prothèse infectée est enlevée. Elle fera l'objet d'un examen bactériologique. Une nouvelle prothèse n° 11 va être insérée ; celle-ci sera imbibée au préalable d'une solution antibiotique, de même que les fils de suture. Tous les fils de suture sont passés à l'avance dans le but de contrôler minutieusement le passage de chacun d'eux ; dans la zone de la valve coronaire gauche, ces points chargent le plus profondément possible les deux lèvres de l'intima rompu. Dans la zone de la commissure postérieure, les points effacent dans la mesure du possible les anfractuosités de la paroi ; enfin, sur l'ensemble de la circonférence, on prend garde à passer ces points le plus profondément possible dans le but de tenter d'obtenir un appui solide.

La prothèse est mise en place et l'aortotomie est refermée par un double surjet. La défibrillation électrique est obtenue sans trop de difficulté à la deuxième ou troisième décharge de défibrillateur externe.

Le cœur repart en tachycardie, mais cependant va assurer progressivement une pression artérielle permettant d'arrêter la machine après un peu plus de deux heures de perfusion.

L'hémostase est particulièrement longue et difficile à obtenir en raison des

zones cutanées très importantes résultant du décollement des adhérences et en raison également du trouble persistant de coagulation que l'on doit combattre par injection de vitamine K₁, d'iniprol et de P.P.S.B.

Pendant la fermeture du thorax, un épisode inquiétant survient, marqué de nouveau par une tachycardie très importante et une chute de la P.A. avec élargissement brutal de la différentielle qui font redouter un nouveau décrochage de la prothèse. Cependant l'administration de tonicardiaques et de petites doses de métaraminol suffisent à remonter les chiffres de la pression artérielle.

La fermeture thoracique est donc achevée sur deux drains médiastinaux et un drain pleural droit.

L'artériotomie fémorale est suturée à points séparés.

L'intubation trachéale est maintenue pour ventilation artificielle.

Les suites opératoires vont être très difficiles, avec :

- une insuffisance respiratoire ;
- une insuffisance rénale : l'urée est montée à 3,5 g ; aucune dialyse ne sera toutefois nécessaire et le malade repartira avec 0,34 g ;
- un processus infectieux général et local avec désunion sternale et cutanée nécessitant un sanglage permanent.

Contre toute attente, le malade va surmonter toutes ces complications et rentre à Nevers le 13 avril 1968. Mais le résultat est médiocre, car :

- il y a persistance d'un souffle diastolique ;
- cardiomégalie ;
- tachycardie résistant à la digitaline ;
- hépatomégalie.

Malgré tout, le malade conserve bon moral et un bon appétit.

Le 1^{er} juillet 1968 :

État assez satisfaisant.

Pas de dyspnée.

Pas d'insomnies.

Le traitement en cours comporte :

- digitaline : 3 comprimés par jour ;
- lasilix : 1 comprimé tous les deux jours.

Mais fin juillet, majoration de l'insuffisance cardiaque malgré l'édécrine.

Le Professeur ACAR prévenu envisageait comme seule solution une greffe cardiaque.

Finalement, le malade va décéder à son domicile le 24 juillet 1968.

Pas d'autopsie.

• *En résumé :*

- Evolution catastrophique.
- Le diagnostic a erré trop longtemps : six semaines.
- Grâce à la chirurgie cardiaque, la survie du malade a été prolongée d'un an.

II. — Malades dont les valves détruites ont été la cause de la mort

— *Observation n° 3* : M. Let... Edouard

— *Observation n° 4* : M. Gir... Emile

— *Observation n° 5* : M. Jac... Simon

— *Observation n° 6* : M. Des... Louis

— *Observation n° 7* : M. Pie... Maurice

* *

OBSERVATION N° 3

M. Letai... Edouard, 65 ans, commerçant

- *Antécédents :*

R.A.A. dans l'enfance.

- *Période de début :*

En mars 1968, le malade subit plusieurs extractions dentaires. Depuis cette période, nombreux accès de frissons, et ce n'est qu'au mois d'octobre, quand la température est à 40°, qu'il se décide à consulter.

Le malade est alors hospitalisé à la clinique chirurgicale de Cosne-sur-Loire, le 16 octobre 1968, pour cholécystite.

La biligraphie intra-veineuse pratiquée ne montrait rien au niveau de la vésicule ; toutefois, une dyspnée de décubitus rendait l'examen difficile !

Un cliché pulmonaire pratiqué dans le même temps montrait une majoration importante de l'ombre cardiaque.

La N.F.S. montre une anémie à 3.800.000 sans leucocytose.

Une hémoculture est faite qui reviendra positive au staphylocoque doré.

De nombreux antibiotiques vont être prescrits : pénicilline, streptomycine, kanamycine (en même temps que la streptomycine), puis celle-ci est remplacée par thiophénicol, cépocrine et vibramycine (les cinq ensemble). La température va se stabiliser vers 37°8.

Devant la non-amélioration de l'état général et l'apparition d'une insuffisance cardiaque, le malade est transféré dans le service le 30 octobre 1968.

À l'entrée :

- grande asthénie ;
- arthralgies ;
- dyspnée de décubitus ;
- hippocratisme digital ;
- fièvre à 37°8.

Examen cardiaque :

- bruits assourdis ;
- souffle diastolique d'insuffisance aortique très intense ;
- arythmie complète par fibrillation auriculaire ;
- insuffisance cardiaque traduite par :
 - des œdèmes des membres inférieurs ;
 - des râles aux deux bases pulmonaires.

Complications cérébrales donnant des troubles psychiques importants à type de confusion, d'agitation, avec un signe de Babinski à gauche.

Examens complémentaires :

Les doses d'antibiotiques précédemment prescrites ne permettent plus de refaire d'hémoculture.

N.F.S. :

- G.R. : 4.300.000 ;
- G.B. : 13.500 ; P.N. à 86 % ;
- plaquettes : 7.000.

L.C.R. :

- 8 cellules ;
- albumine : 0,30 g ;
- chlore : 125 mEq ;
- sucre : 0,60 g ;
- absence de germes.

V.S. : 10-22.

F.O. : normal.

Traitement :

Poursuite du traitement anti-infectieux en perfusion continue : pénicilline (80 millions), streptomycine (1 g).

Traitement de l'insuffisance cardiaque : digitaline (2 comprimés par jour), lasilix.

• *Evolution :*

L'état général du malade se détériore rapidement. L'évolution va être foudroyante en un mois et le malade sera hospitalisé *in extremis* et décèdera de son insuffisance cardiaque irréductible par destruction complète des valves aortiques.

• *Conclusion :*

Malade peu soucieux de son état qui a laissé évoluer une maladie pendant cinq mois sans consulter.

Il y a eu une erreur de diagnostic qui a orienté vers une urgence chirurgicale devant des troubles digestifs et une fièvre, alors que la cardiopathie était connue depuis de longue date avec un souffle.

OBSERVATION N° 4

M. Gir... Emile, 64 ans, cultivateur

- *Antécédents :*

Pas d'antécédents particuliers.

- *Période de début :*

Depuis le mois de juin 1967 :

- toux fréquente ;
- fièvre entre 38° et 39° ;
- dyspnée d'effort ;
- amaigrissement de 3 kg.

Son médecin traitant rattache toute cette symptomatologie à des troubles dyspeptiques, d'autant que son malade a une hépatomégalie.

- *Hospitalisation :*

Hospitalisé dans le service, le 8 août 1967, pour état fébrile prolongé.

A l'entrée :

- tachycardie à 100 ; T.A. : 14-4 ;
- souffle proto-diastolique de base ;
- dyspnée d'effort ;
- pas d'œdèmes des membres inférieurs ;
- nombreux râles crépitants aux bases ;
- pas de splénomégalie ;
- hépatomégalie d'un travers de doigt, sans ascite, sans circulation collatérale.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

- G.R. : 3.920.000 ; Hb : 9,1 g ; V.G. : 0,77 ;
- G.B. : 8.300 ; P.N. : 94 %.

Hémocultures : cinq seront pratiquées et seront positives avec un streptocoque qui sera identifié à l'Institut Pasteur : il s'agit d'un streptocoque du groupe *D. faecalis*.

Traitement :

Il aura deux visées :

1° Traiter l'insuffisance cardiaque :

- lasilix, puis édérine ;
- digitaline.

2° Traitement anti-infectieux :

- 50 millions de pénicilline potassique et 1 g de streptomycine en perfusion continue.

- *Evolution :*

La température diminue progressivement en cinq jours, sans toutefois revenir à la normale.

L'insuffisance cardiaque ne sera pas jugulée et, au septième jour d'hospitalisation, le malade va décéder d'un O.A.P. irréversible.

- *Conclusion :*

L'endocardite a évolué sur deux mois. Elle s'est révélée en fait par une insuffisance cardiaque.

L'âge du malade et la rapidité d'évolution n'ont pas permis d'intervenir chirurgicalement. Il faut noter que tous les troubles étaient avant tout mis sur le compte d'une cirrhose.

OBSERVATION N° 5

M. Jac... Simon, 65 ans

- *Antécédents :*

Pas d'antécédents particuliers.

- *Période de début :*

Depuis octobre 1966 :

- asthénie importante ;
- fébricule.

En janvier 1967, hospitalisation en médecine B pour syndrome méningé avec :

- frissons ;
- raideur de la nuque ;
- état subcomateux ;
- L.C.R. trouble.

On retrouve également un iritis de l'œil droit interprété comme une métastase infectieuse. On ne retrouve pas de splénomégalie, pas de signes cutanés. Il existe un souffle systolique de base.

Le malade est donc traité comme une méningite avec un traitement polyvalent à base de trisulfazine, auréomycine (10 comprimés), solnicol (2 g en deux fois), pénicilline (8 millions en intra-musculaire). Le traitement va être poursuivi pendant vingt jours sans tenir compte de son souffle systolique.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— G.R. : 2.950.000 ; Hb : 8,9 g ;

— G.B. : 5.500 ; P.N. : 62 %.

Urée : 0,64.

V.S. : 60-91.

Hémoculture : une seule qui sera négative.

L.C.R. :

— nombreux polynucléaires neutrophiles ;

— pas de germes ;

— au bout de huit jours, il s'est normalisé.

● *Evolution :*

Le malade est apyrétique pendant quinze jours. L'iritis s'améliore et le malade sort avec un traitement à base d'adiazine si il a une nouvelle poussée fébrile.

● *Hospitalisation dans le service le 21 mars 1967 :*

Car depuis quinze jours, la température est de nouveau à 39°-40°, malgré l'adiazine.

L'examen clinique révèle :

— une altération profonde de l'état général ;

— une fièvre en plateau qui va oscille entre 40°2 et 40°9 ;

— T.A. : 11-4 ; pouls régulier à 80.

A l'auscultation :

— Souffle méso-systolique de base irradiant le long du bord gauche du sternum et aux vaisseaux du cou, intense, musical, piaulant.

— Petit souffle diastolique de base difficilement audible :

— jugulaires turgescents ;

— œdèmes des membres inférieurs ;

— nombreux râles dans les deux champs pulmonaires ;

— pas d'hépto-splénomégalie, mais une ascite sans explication ; pas de circulation collatérale.

— Hippocratisme digital.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— G.R. : 2.880.000 ;

— G.B. : 8.200 ; P.N. : 95 %.

H.L.M. :

— hématies : 12.500 ;

— leucocytes : 10.000.

Tests hépatiques perturbés et thrombo-test à 36 %.

Protides : 55 g.

Electrophorèse :

— albumine : 2 ;

— α_2 : 1.

V.S. : 33-58.

Hémocultures : quatre seront négatives.

L.C.R. :

- 360 cellules, dont : 80 % de polynucléaires ; 20 % de lymphocytes ;
- albumine : 1,80 g ;
- pas de sucre ;
- chlore : 7,70 g % ;
- pas de B.K. après examen direct et culture.

Traitement :

Lasilix et digitaline.

Pénicilline potassique : 40 millions en perfusion continue.

Streptomycine : 1 g en deux fois.

Solnicol : 3 g en intra-veineux.

• *Evolution :*

L'état général va rapidement s'altérer et le malade va décéder trois jours après son hospitalisation d'un O.A.P. en pleine nuit.

• *L'autopsie pratiquée va montrer :*

1° Lésions aortiques considérables avec un orifice aortique calcifié et entièrement obstrué par des végétations friables oslériennes récentes et anciennes.

2° Le foie est cirrhotique (cirrhose de Laënnec), clouté, extrêmement évolué.

3° L'estomac : deux tumeurs dans l'antrum.

4° Cerveau : normal.

• *Conclusion :*

Il s'agissait d'une endocardite évoluant depuis six mois avec localisations septicémiques multiples au niveau de la méninge et de l'œil dans un premier temps.

L'autopsie prouvant qu'il y a eu plusieurs poussées oslériennes, il est probable que le premier traitement institué pour méningite a été non spécifique et insuffisant.

De toute façon, la cirrhose et les tumeurs antrales n'auraient pas permis une évolution favorable, même si le diagnostic d'endocardite avait été posé plus précocement.

OBSERVATION N° 6

M. Des... Louis, 69 ans, retraité

• *Antécédents :*

R.A.A. à l'âge de onze ans.

1949 : découverte d'un « souffle cardiaque » au cours d'une visite de médecine du travail.

1950 : crise d'épilepsie. Hospitalisé à la Salpêtrière.

1966 : infarctus du myocarde.

• *Période de début :*

Depuis deux mois, apparition d'une insuffisance cardiaque. Fièvre à 38°2 depuis quinze jours. Le malade est aussitôt mis à la pénicilline à petite dose. La température se normalise au bout de quelques jours, mais réapparaît rapidement malgré la poursuite de l'antibiothérapie.

• *Hospitalisation :*

Hospitalisé le 16 août 1967.

A l'entrée : état apyrétique, puis au bout de quinze jours, la température monte progressivement pour atteindre 38°6 au huitième jour.

Grande altération de l'état général.

Dyspnée de décubitus.

A l'auscultation :

— Souffle systolique apexien d'insuffisance mitrale.

— Souffle diastolique d'insuffisance aortique de base.

— Galop proto-diastolique.

Œdèmes des membres inférieurs.

Matité pulmonaire au niveau des deux bases.

Hépatomégalie : 4 travers de doigt.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— G.R. : 4.300.000 ;

— G.B. : 5.200, avec P.N. 87 %.

H.L.M. :

— hématies : 11.000 ;

— leucocytes : 11.000.

V.S. : 9-24.

Urée : 0,42, puis 2,48.

Protides : 70 g.

Fibrine : 4,70 g.

F.O. : normal.

Hémocultures : six seront pratiquées quand la fièvre sera supérieure à 38° ; quatre montreront la présence d'un staphylocoque blanc ne sécrétant pas de coagulase. Comme ce staphylocoque non pathogène a été retrouvé dans quatre hémocultures, il semble bien être le responsable de l'endocardite.

• *Evolution :*

Le traitement de l'insuffisance cardiaque va dans un premier temps juguler la poussée avec lasilix et digitaline, puis le malade va refaire une poussée qui ne sera pas jugulée, malgré un traitement avec phanurane.

Parallèlement, une insuffisance rénale sévère va apparaître avec une urée à 2,97 g.

Le traitement anti-infectieux sera de 12 g de pénistaph.

Le malade va décéder rapidement de son insuffisance rénale et surtout cardiaque.

- *Conclusion :*

Le staphylocoque blanc retrouvé quatre fois dans les hémocultures est probablement responsable de l'endocardite. Il semble bien que celle-ci, avec l'insuffisance cardiaque, avait débuté deux mois plus tôt sans raison apparente.

La pénicilline prescrite à petite dose minime en ville, a certainement joué un rôle néfaste, car elle a retardé de dix jours le traitement antibiotique spécifique aux hémocultures qui furent positives seulement dix jours après l'hospitalisation.

OBSERVATION N° 7

M. Pier... Maurice, 57 ans, maçon

- *Antécédents :*

Aucun antécédent particulier.

- *Période de début :*

Troubles divers à type d'asthénie, d'anorexie depuis l'été 1961, pour lesquels le malade ne consulte pas.

Depuis le 26 février 1962 :

— état fébrile à 39°8 ;

— asthénie, anorexie persistantes ;

— point de côté pendant quatre jours à la base gauche, évoquant *a posteriori* une embolie pulmonaire à cette période.

Un traitement antibiotique va normaliser la fièvre et améliorer l'état général en trois jours. Mais dès son arrêt, nouvelle ascension thermique à 40° nécessitant un nouveau traitement antibiotique et ainsi de suite.

- *Hospitalisation :*

Finalement, le malade est adressé dans le service pour fièvre inexplicquée.

Le 22 mars 1962, à l'entrée :

— fièvre à 40° ;

— anorexie ;

— douleur au mollet gauche ;

— T.A. : 18-4.

Auscultation cardio-vasculaire :

Souffle diastolique 4/6 maximum au bord gauche du sternum.

Souffle systolique de pointe.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— G.R. : 4.200.000 ;

— G.B. : 14.000, dont 81 % de P.N.

H.L.M. :

— Hématies : 528.

V.S. : 118 à la première heure, 129 à la seconde.

Urée : 0,38 g le 26 mars 1962.

Hémocultures : six ont été pratiquées, dont quatre positives ; un streptocoque qui ne sera pas typé.

L'antibiogramme montre :

— Sensible :

— pénicilline ;

— chloramphénicol ;

— cyclines ;

— érythromycine.

— Peu sensible :

— streptomycine.

— Résistant :

— kanamycine.

• *Evolution :*

1) Le malade est traité par pénistaph en intra-musculaire à la dose de 12 g par jour pendant quatre semaines, du 29 mars jusqu'au 1^{er} mai 1962.

La fièvre va se régulariser en trois jours.

Un traitement de digitaline en cure discontinue permet de stabiliser l'insuffisance cardiaque.

2) Mais apparition d'une insuffisance rénale avec une urée à 1,55 g le 12 mai 1962. Parallèlement, le nombre des hématies-minute va atteindre 8.480.

Le malade sortira finalement le 3 juin 1962 avec :

— un souffle diastolique intense ;

— une T.A. à 18-4 ;

— une urée à 0,38 g.

Donc, plus de problème infectieux, mais une cardiopathie qui reste préoccupante.

3) En septembre 1962, malgré le traitement, l'insuffisance cardiaque devient patente avec :

— orthopnée ;

— hépatomégalie ;

— œdèmes des membres inférieurs.

Les diurétiques puissants ne peuvent être employés du fait de l'insuffisance rénale.

Finalement, le malade va décéder le 29 décembre 1962.

- *A l'autopsie :*

On note :

Une importante hypertrophie ventriculaire gauche.

Les artères pulmonaires et le ventricule droit sont sans particularités.

Le plancher sigmoïdien est presque totalement détruit avec seulement la valve antéro-droite qui a encore une forme normale.

La valve antéro-gauche est déchiquetée sur toute son étendue.

La valve postérieure est réduite dans les trois quarts.

On note d'importantes végétations oslériennes de 1 cm de long que l'on ne voit que par le ventricule gauche.

Les valves mitrales sont normales.

L'aorte est très athéromateuse.

Les poumons sont normaux.

Le foie est à peine congestif.

- *Conclusion :*

Il s'agit d'une endocardite qui a évolué en six mois chez un malade sans antécédents particuliers. Il s'agissait d'une bonne indication de prothèse valvulaire puisque les valves mitrales étaient intactes, les lésions aortiques étaient uniques.

Ceci fut proposé au malade qui avait refusé.

III. — Malades décédés d'une complication cérébrale

— Observation n° 8 : Pel... René

— Observation n° 9 : Mar... Charles

* *

OBSERVATION N° 8

M. Pel... René, 41 ans, employé de bureau

- *Antécédents :*

Polyvalvulite rhumatismale : maladie mitrale et insuffisance aortique associée.
Traité pour des lésions cutanées de folliculites depuis très longtemps.

- *Période de début :*

Fièvre depuis un mois avec arthralgies et diarrhée.

- *Hospitalisation :*

Le 7 juillet 1965 pour fièvre inexpliquée.

Etat comateux.

Fièvre à 40° avec frissons.

Pâleur.

T.A. : 14-7 ; pouls à 120, arythmique.

Auscultation :

— à la pointe : souffle systolique ; roulement diastolique ;

— à la base : souffle diastolique 4/6.

Splénomégalie.

Purpura pétéchiol au niveau des doigts.

Lésions cutanées à type de folliculite prédominant aux mains.

Examens complémentaires :

Trois hémocultures seront faites, deux montreront un staphylocoque doré pathogène.

Le prélèvement cutané montre également un staphylocoque doré.

N.F.S. :

— G.R. : 4.600.000 ;

— G.B. : 23.000, dont 92 % P.N.

Fibrine : 1 g.

Protides : 57 g.

Urée : 0,45 g.

Antistreptolysines : 250.

Nombreuses hématies au culot.

Fond d'œil : normal.

- *Evolution :*

Le traitement à base de bristopen et d'érythromycine ramène en deux jours la fièvre à 37°5. Mais au cinquième jour, apparaît une hémiplégie. La ponction lombaire ramenant du sang, évoque la possibilité d'une rupture d'anévrisme mycotique.

Le malade décède quelques heures plus tard.

- *Conclusion :*

Le diagnostic a erré pendant un mois, le malade étant traité pour des troubles dyspeptiques.

Le point de départ est cutané : identité des germes de l'hémoculture et du prélèvement cutané.

Il s'agit d'une forme foudroyante à staphylocoque doré.

OBSERVATION N° 9

M. Mar... Charles, 49 ans

- *Antécédents :*

R.A.A. à vingt-huit ans, mais pas de cardiopathie connue.

- *Période de début :*

Fièvre entre 37°5 et 40° depuis deux mois.

Amaigrissement important (4 kg).

- *Hospitalisation :*

Le 12 avril 1968, *in extremis*, pour hémorragie méningée :

— hémiplégie flasque gauche avec paralysie faciale ;

— signe de Babinski à gauche ;

— ponction lombaire : liquide rosé.

Par ailleurs, on retrouve :

— un souffle diastolique très intense d'insuffisance aortique ;

— splénomégalie : deux travers de doigt.

Examens complémentaires :

Six hémocultures vont être négatives, mais le malade avait été traité par l'oracilline deux jours avant l'hospitalisation.

- *Evolution :*

Le malade va décéder en vingt-quatre heures de son hémorragie méningée qui rendait toute thérapeutique illusoire.

- *Conclusion :*

Le diagnostic était évident si ce malade avait été ausculté correctement, celui-ci n'a été hospitalisé que grâce à une complication !

IV. — Malades dont les dégâts valvulaires et l'insuffisance cardiaque laissent prévoir la chirurgie cardiaque

- Observation n° 10 : Guy... René
- Observation n° 11 : Bra... Norbert
- Observation n° 12 : Ber... Roger
- Observation n° 13 : Mor...

* *

OBSERVATION N° 10

M. Guy... René, 48 ans, journaliste

- *Antécédents :*

R.A.A. à dix ans avec récides à seize et vingt ans. Cardiopathie connue depuis la première crise sans retentissement sur la vie professionnelle.

Suivi régulièrement par un cardiologue avec comme traitement : natisédine, cétilanide et régime sans sel.

- *Période de début :*

Etat fébrile depuis la mi-octobre 1968 avec asthénie importante.

A partir du 4 novembre 1968, prise de température quotidienne ; celle-ci oscille entre 38° et 40°, et s'accompagne de frissons, de sueurs et d'un amaigrissement très important : 7 kg en dix jours.

- *Hospitalisation :*

Le 12 novembre 1968 :

Altération profonde de l'état général.

Fièvre oscillant entre 38°5 et 39°.

T.A. : 12-6 ; pouls : 100 ; rythme sinusal.

Auscultation :

— Souffle méso et télé-systolique apexien irradiant dans l'aisselle, d'intensité 3/6, musicale, traduisant une insuffisance mitrale.

— Souffle systolique de base : 2/6.

La palpation de la région pré-cordiale met en évidence une hypertrophie du ventricule gauche avec la pointe dans le cinquième espace inter-costal sur la ligne médio-claviculaire et un choc en dôme.

Pas de signes cutanés.

Pas de splénomégalie.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— G.R. : 4.500.000 ;

— G.B. : 9.400.

V.S. : 42 (première heure) ; 64 (deuxième heure).

Urée : 0,32 g.

Protides : 51 g, avec une légère hyper-gamma-globulinémie.

Fibrine : 6,40 g.

Antistreptolysines : 50 unités.

H.L.M. : 1.400 leucocytes.

Fond d'œil : normal.

Examen radioscopique :

— cardiomégalie V_2 de type aortique ; forte saillie de l'aorte ;

— débord droit modéré sans double contour en O.A.D. ; oreillette gauche augmentée.

— double série de calcifications mitrales et aortiques.

Cinq hémocultures sur six montrent un streptocoque qui ne sera pas typé.

Antibiogramme : seule l'association pénicilline-streptomycine à forte dose est efficace.

• *Evolution :*

1) Sous l'influence du traitement : 100 millions de pénicilline et 1,5 g de streptomycine par jour pendant trente jours, la fièvre va se régulariser à 37°5, mais sans jamais revenir strictement à la normale. Ceci est sans doute en rapport avec une veinite provoquée par les perfusions.

2) Au quinzième jour : insuffisance cardiaque débutante nécessitant 9 comprimés de digitaline par semaine.

3) Deux mois après sa sortie, le malade est revu en consultation :

— bon état général ; a repris 3 kg ;

— pas de dyspnée d'effort ni de décubitus ;

— pas d'angor ;

— quelques palpitations.

Auscultation :

— à la base : souffle systolique 2/6 ; souffle diastolique 4/6 ; deuxième bruit normal ;

— à la pointe : souffle systolique 5/6 ; galop pro-diastolique.

En scopie :

— cardiomégalie V_2 ;

— débord droit avec double contour ;

— arc supérieur gauche saillant ;

— arc moyen gauche allongé : double bosse ;

— arc inférieur gauche à deux travers de doigt du gril costal ;

- oreillette gauche expansive ;
- énormes calcifications, surtout aortiques.
- Electrocardiogramme :
- fibrillation auriculaire et hypertrophie ventriculaire gauche.
- Hépatomégalie à un travers de doigt et douloureuse.

• *Conclusion :*

Cardiopathie nettement aggravée par l'endocardite.

Origine dentaire probable étant donné les nombreux « plom-
bages » depuis août 1968.

OBSERVATION N° 11

M. Bra... Norbert, 30 ans, ouvrier spécialisé

• *Antécédents :*

— Cardiopathie valvulaire : insuffisance aortique et rétrécissement mitral sans que l'on ait la notion d'un R.A.A.

A l'auscultation :

Souffle diastolique au bord gauche du sternum.

Éclat du premier bruit et roulement diastolique de pointe.

La T.A. était à 15-6.

— Hospitalisé en 1964 dans le service pour hémianopsie du quadrant nasal inférieur gauche d'étiologie indéterminé, mais aucun argument pour une endocardite n'est retrouvé.

— En mai 1968, apparition d'une hémianopsie latérale homonyme droite qui régressera en quelques heures, faisant discuter une embolie malgré un rythme régulier et l'absence de calcifications valvulaires. L'absence de signe d'endocardite fait éliminer une manifestation neurologique oslérienne.

• *Période de début :*

En juillet 1968 :

— Douleur du gros orteil.

— Malaise général, fébricule et asthénie. Le malade est traité pour une goutte !

En décembre 1968 :

— Douleur dans l'hypocondre gauche non étiquetée pendant plusieurs jours.

En janvier 1969 :

— Revu en consultation : aucun diagnostic n'est porté.

En mars 1969 :

— La fièvre devient continue avec sueurs nocturnes.

— Arthrite du gros orteil droit.

- *Hospitalisation :*

Le 14 mars 1969, le diagnostic est alors évident :

- pôle inférieur de rate perceptible ;
- hippocratisme digital.

Les examens complémentaires vont le confirmer :

N.F.S. :

— 4.600.000 G.R. ;

— 14.400 G.B. avec 80 % P.N.

V.S. : 65 (première heure) et 75 (deuxième heure).

Urée : 0,26 g.

Fibrine : 6,40 g.

Cinq hémocultures sur six vont montrer un staphylocoque blanc (Docteur ACAR, bactériologiste, Hôpital Saint-Joseph, Paris).

Traitement :

Trente millions de pénicilline potassique et 1,5 g de streptomycine par jour en perfusion continue pendant trente jours.

- *Evolution :*

Apyrexie en vingt-quatre heures.

L'asthénie régresse à partir du deuxième jour.

Mais le souffle diastolique devient plus intense, la T.A. s'élargit : 14-3.

L'insuffisance cardiaque n'est jugulée que par 12 comprimés de digitaline et 4 comprimés de lasilix par semaine.

- *Conclusion :*

Le diagnostic a erré pendant un an ; on retrouve d'ailleurs une extraction dentaire en avril 1968 (dent cariée et infectée).

Le premier signe a été l'hémianopsie, mais l'absence de signe d'endocardite avait fait refuser le diagnostic.

Dans les six mois qui suivirent, on retrouve des signes évocateurs : douleurs aux mollets, arthrite, infarctus splénique probable, une fièvre peu élevée, probablement ondulante.

Les diagnostics de goutte et de colique néphrétique avaient été évoqués.

Le germe des hémocultures a poussé très lentement. Les bactériologistes ont hésité longtemps entre staphylocoque blanc et streptocoque ; finalement, il s'agit d'un staphylocoque blanc. Mais les cultures trop grêles n'ont pas permis de faire un typage, une résistance de germe et un pouvoir bactériolytique (même conclusion pour les observations n^{os} 12 et 17).

OBSERVATION N° 12

M. Ber... Roger, 59 ans, comptable

- *Antécédents :*

Pas d'antécédents connus.

- *Période de début :*

Depuis janvier 1969 :

— asthénie ;

— fébricule.

En mars :

N.F.S. :

— 3.300.000 G.R. ;

— 9.300 G.B.

V.S. : 80 à la première heure ; 119 à la deuxième heure.

Le malade est traité par la vitamine B₁₂ en intra-musculaire pour cette anémie !

Le 15 avril, devant la persistance de l'anémie, une radio d'estomac est demandée : normale !

- *Hospitalisation :*

Le 20 avril 1969 :

Altération profonde de l'état général.

Asthénie. Anorexie.

Fièvre à 38°5.

T.A. : 14-3 ; pouls régulier : 108.

Auscultation :

— Souffle systolique de pointe : 2/6.

— Souffle diastolique : 3/6, maximum au quatrième espace du bord gauche du sternum.

— Galop pré-systolique.

— Danse des artères très nette ; signe de Durozier aux fémorales.

Splénomégalie.

Hippocratisme digital.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— 4.000.000 G.R. ;

— 13.500 G.B.

Urée : 0,43.

U.S. : 65 à la première heure ; 102 à la deuxième heure.

H.L.M. : 2.875 hématies ; 8.500 leucocytes.

Sur six hémocultures, quatre vont montrer un streptocoque.

Traitement :

50 millions de pénicilline potassique et 1,5 g de streptomycine pendant six semaines.

- *Evolution :*

Apyrexie en trois jours.

Apparition d'une insuffisance cardiaque avec dyspnée, râles dans les deux champs pulmonaires et comblement des culs-de-sac nécessitant digitaline et lasilix.

- *Conclusion :*

Mutilations importantes des valves aortiques et mitrales laissant prouver la chirurgie cardiaque dans un proche avenir.

Les mêmes remarques que dans l'observation précédente sont valables pour le germe.

Une éradiction dentaire pendant le traitement a provoqué des frissons et une ascension thermique montrant l'importance du traitement pour juguler les décharges bactériémiques.

OBSERVATION N° 13

M. Mor..., 39 ans, commerçant

- *Antécédents :*

R.A.A. à onze ans avec atteinte mitrale.

- *Période de début :*

Depuis juillet 1965, fièvre et arthralgies qui sont apparues après un épisode grippal négligé correspondant soit à une reprise du R.A.A., soit au début de l'endocardite. Le malade est traité par 12 injections d'antibiotique.

Début avril 1966 : altération profonde de l'état général avec fièvre, pâleur, sueurs profuses et un amaigrissement de plusieurs kilos.

- *Hospitalisation :*

Le 2 juin 1967, pour fièvre inexpliquée :

— fièvre à 39°6 ;

— pâleur, sueurs ;

— matité de la base gauche avec abolition du murmure vésiculaire.

Auscultation :

— A la pointe : souffle holo-systolique 4/6 irradiant jusqu'à la ligne axillaire antérieure.

- Pas de roulement diastolique.
- Au foyer aortique : souffle diastolique irradiant au bord gauche du sternum, d'intensité 3/6. Un petit souffle systolique.
- T.A. : 12-5 ; Pouls : 86, régulier.
- Splénomégalie.
- Hippocratisme digital.
- Myalgies, arthralgies.
- Plusieurs faux panaris d'Osler.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— 3.300.000 G.R. ;

— 7.900 G.B., dont 84 % de P.N.

V.S. : 42 à la première heure ; 64 à la deuxième heure.

Urée à 0,30 g.

H.L.M. : 7.000 hématies ; 4.600 leucocytes.

Protides : 67 g.

Fibrine : 5,20 g.

Fond d'œil : hémorragies près de la papille droite. Exsudat à la macule gauche.

Sur six hémocultures, trois vont mettre en évidence un streptocoque sanguis (Institut Pasteur, Paris).

Antibiogramme :

- sensible : pénicilline, chloramphénicol, cyclines, érythromycine ;
- peu sensible : streptomycine.
- résistant à la kanamycine.

• *Evolution :*

L'apyrexie est rapidement obtenue sous traitement : 50 millions de pénicilline potassique et 1 g de streptomycine en perfusion continue pendant trente jours.

Douze jours après la sortie, reprise de la fièvre en rapport avec une veinite, aucun signe en faveur d'une endocardite n'étant mis en évidence.

A titre de précaution, le malade est mis à trois semaines d'érythromycine.

• *Conclusion :*

Retard de diagnostic probablement de un an qui a abouti à un tableau typique de la maladie. Sémiologie pratiquement complète.

**V. — Malades dont la cardiopathie
est nettement aggravée par l'endocardite
et dont l'âge a interdit toute prothèse**

— *Observation n° 14* : Han... Andrée

— *Observation n° 15* : Soe... Andrée

— *Observation n° 16* : Sar... Charles

* *

OBSERVATION N° 14

Mme Han... Andrée, 64 ans, agriculteur

• *Antécédents :*

Aucuns antécédents particuliers.

• *Période de début :*

Depuis la mi-février 1964 :

— fièvre ondulante entre 37°7 et 38°4 ;

— asthénie importante ;

— douleurs lombaires et urines hématuriques.

• *Hospitalisation :*

Le 15 mars 1964, avec :

Altération profonde de l'état général.

Anorexie, amaigrissement de 6 kg.

A l'auscultation :

— Gros souffle diastolique (4/6) au bord gauche du sternum d'insuffisance aortique.

T.A. : 14-6.

Hippocratisme digital.

Pas de splénomégalie.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— 4.100.000 G.R. ;

— 12.800 G.B., dont 84 % P.N.

V.S. : 26 à la première heure ; 48 à la deuxième heure.

Urée : 0,48.

Fibrine : 5 g.

Antistreptolysines : 50 unités.

H.L.M. :

— 13.335 hématies ;

— 56.000 leucocytes.

Sur cinq hémocultures, quatre vont montrer un entérocoque (Institut Pasteur, Paris).

Antibiogramme :

— sensible : pénicilline, érythromycine, tifomycine ;

— résistant : kanamycine, streptomycine.

Traitement :

Au début, 12 millions de pénicilline et 1 g de streptomycine en perfusion continue.

Puis la streptomycine sera remplacée par la propiicine.

• *Evolution :*

Le malade est apyrétique en cinq jours.

Décédé deux ans plus tard, en 1966, d'un cancer du rectum. Un bilan pré-opératoire avait montré :

— cardiomégalie V_2 ;

— insuffisance cardiaque modérée ;

— insuffisance aortique très importante ;

— pas de récédive.

• *Conclusion :*

Retard de diagnostic de deux mois et demi.

Le mauvais état de la denture semble être à l'origine de l'endocardite.

OBSERVATION N° 15

Mme Soe... Andrée, 70 ans

• *Antécédents :*

R.A.A. dans l'enfance avec atteinte mitrale.

Infarctus du myocarde en 1955.

• *Période de début :*

Depuis décembre 1965 :

— asthénie ;

— fièvre de 37°5 à 38°3 ;

— apparition de deux faux panaris d'Osler, non reconnus par le chirurgien et incisés (pas de pus).

• *Hospitalisation :*

Le 8 février 1966 pour fièvre inexpliquée.

Asthénie très marquée.

Fièvre à 38°.

Dyspnée d'effort avec cyanose.

Auscultation :

— arythmie complète ;

— souffle systolique apexo-axillaire d'intensité (3/6), en jet de vapeur d'insuffisance mitrale.

Pas de splénomégalie.

Examens complémentaires :

Radioscopie :

— cardiomégalie V₂ ;

— débord droit avec double contour.

N.F.S. :

— 3.760.000 G.R. ;

— 6.300 G.B., dont 70 % P.N.

V.S. : 14 à la première heure ; 27 à la deuxième heure.

Urée : 1,18 g.

H.L.M. : 14.000 hématies.

Quatre hémocultures ; une seule montrera un staphylocoque blanc qui sera considéré comme une souillure.

• *Evolution :*

Malgré un traitement avec 30 millions de pénicilline potassique et 1 g de streptomycine en perfusion continue, la courbe thermique ne varie pas et il faudra 30 mg de cortancyl pour obtenir l'apyrexie.

L'urée, à 1,18 g à l'entrée, va se stabiliser sans problème à 0,50 g.

Apparition d'une insuffisance cardiaque, avec œdèmes des membres inférieurs et hépatomégalie, difficilement stabilisée par le traitement médical.

Cette malade est suivie régulièrement à la consultation.

1) Trois mois plus tard :

— pas d'insuffisance cardiaque ;

— radioscopie sans changement.

2) Une réhospitalisation un an plus tard pour bilan montre une stabilisation dans tous les domaines.

3) Mais en juin 1969 (trois ans après l'endocardite) : état cardiaque très médiocre.

Œdèmes des membres inférieurs.

Hépatomégalie à trois travers de doigt, expansif avec reflux hépato-jugulaire.

A l'auscultation :

— à la pointe : souffle systolique (3/6) en jet de vapeur ; éclat du premier bruit ;

— au foyer aortique : petit souffle diastolique.

Radioscopie :

- cardiomégalie V_2 ;
- débord droit avec double contour ;
- arc moyen gauche à double bosse avec grosse saillie infundibulaire ;
- aorte calcifiée ;
- H.V.D. $+++$ + ;
- H.V.G. $++$.

• *Conclusion :*

Insuffisance cardiaque mal équilibrée trois ans plus tard, mais peut encore survivre longtemps ainsi.

Malgré les hémocultures négatives et la V.S. peu accélérée, le diagnostic est très probable.

OBSERVATION N° 16

M. Sar... Charles, 74 ans, dessinateur

• *Antécédents :*

R.A.A. à dix ans avec atteinte mitro-aortique.

• *Période de début :*

Depuis octobre 1966, apparition d'une fièvre ondulante avec clocher thermique à 40° et des périodes d'apyrexie de quinze jours, associée à des douleurs articulaires, des sueurs et des frissons.

La V.S. est à 50 à la première heure et 84 à la deuxième heure.

La N.F.S. : 4.100.000 G.R. et 6.100 G.B.

Le diagnostic de brucellose est évoqué malgré un séro-diagnostic. Wright non significatif et le malade est traité au cortancyl !

En septembre 1966, la fièvre persiste toujours et le malade est mis aux antibiotiques.

• *Hospitalisation :*

Le 19 octobre 1966 :

Maigrissement important et asthénie.

Fièvre entre 37°5 et 38°.

Frissons, sueurs.

T.A. : 12-5.

Auscultation :

- Souffle holo-systolique apexien irradiant dans l'aisselle.
- Souffle proto-diastolique maximum au quatrième espace gauche.
- Petit souffle systolique au foyer aortique.

Des signes cutanés évidents : élément sous-inguinal à l'annulaire de la main droite.

Purpura à l'abdomen et aux membres inférieurs.

Enfin le pôle inférieur de la rate est perçu.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

— 3.600.000 G.R. ;

— 14.600 G.B., dont 76 % P.N.

V.S. : 43 à la première heure et 79 à la seconde.

Urée : 0,45.

H.L.M. : 14.200 hématies ; 4.500 leucocytes.

Traces d'albumine dans les urines.

Fibrine : 3,80 g.

Protides : 55 g.

Fond d'œil : quelques taches blanchâtres dégénératives, non exsudatives.

Six hémocultures vont être négatives.

Traitement :

Pénicilline (20 millions) et streptomycine (1 g) en perfusion continue pendant six semaines.

• *Evolution :*

Au quinzième jour de l'hospitalisation, apparition d'un accident aigu ischémique à la jambe gauche qui sera réversible.

Complications cardiaques :

— bloc auriculo-ventriculaire du premier degré avec PR à 24/100, bien en rapport avec l'endocardite puisqu'il sera transitoire ;

— insuffisance cardiaque jugulée avec 9 comprimés de digitaline par semaine.

• *Conclusion :*

Le retard de diagnostic est certainement de un an. Malgré les lésions valvulaires importantes, le malade est toujours stable en 1969.

Aucun germe n'a été mis en évidence, mais le malade a reçu des antibiotiques avant l'hospitalisation. Toutefois, le tableau clinique est suffisamment évocateur pour affirmer le diagnostic.

L'interrogatoire du malade n'a pas permis de retrouver une porte d'entrée, seule une cholécystographie montrera une vésicule exclue indiquant peut-être l'origine de l'endocardite.

**VI. — Malades ayant une fièvre au long cours
et dont l'endocardite prouvée
n'a pas posé de problème cardiaque**

— *Observation n° 17* : Pre... André

— *Observation n° 18* : Sau... Jean

— *Observation n° 19* : Ren... Robert

* *

OBSERVATION N° 17

M. Pre... André, 72 ans, retraité

• *Antécédents :*

Pas d'antécédents particuliers.

• *Période de début :*

Etat fébrile depuis janvier 1969 : syndrome grippal avec fièvre à 40° au début qui a bien réagi à l'aspirine, puis la fièvre oscille entre 38° et 39° avec des rémissions de plusieurs jours.

En mars 1969, au cours d'un séjour de repos en montagne, nouvelle poussée thermique avec de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite simulant un syndrome abdominal.

De nombreux examens sont demandés : lavement baryté de l'estomac, urographie intra-veineuse qui va montrer un résidu vésical pour lequel on propose une cystoscopie.

Au cours de l'examen systématique pré-opératoire, le Docteur AUPERIN met en évidence un souffle diastolique peu intense mais indiscutable, entendu en position assise au bord gauche du sternum, dans le quatrième espace.

Les pouls périphériques sont amples.

La T.A. à 11-6.

Le diagnostic d'endocardite est alors évoqué.

• *Hospitalisation :*

Le 17 avril 1969, pour examens complémentaires.

Radioscopie :

— cœur de volume normal ;

— aorte un peu déroulée et battante ;

— présence au bord droit du cœur d'une calcification battante, probablement d'origine péricardique.

Huit hémocultures vont être faites. Les cinq premières vont être négatives car le malade a reçu à titre systématique, avant la cystoscopie, 1 million de pénicilline et 0,5 g de streptomycine.

Huit jours plus tard, la courbe thermique étant entre 38°2 et 38°5, trois hémocultures sont faites et permettront de mettre en évidence un streptocoque (Docteur ACAR, Hôpital Saint-Joseph, Paris).

N.F.S. :

— 4.300.000 G.R. ;

— 6.600 G.B., dont 91 % P.N.

V.S. : 48 à la première heure et 72 à la seconde.

H.L.M. : 4.000 hématies ; 1.300 leucocytes.

Antistreptolysines : 50 unités.

Urée : 0,40 g.

- *Evolution :*

La courbe thermique revient normale en un jour avec un traitement peu important : pénicilline, 2 millions en intra-musculaire, et 1 g de streptomycine pendant trois semaines.

Cependant, à l'arrêt du traitement, apparition d'une douleur dans le bras gauche et d'une hématurie correspondant peut-être à des embols périphériques.

A titre de sécurité, le traitement est repris pendant dix jours.

- *Conclusion :*

Un granulome d'une incisive indique peut-être la porte d'entrée.

Le retard de diagnostic a été de trois mois et n'a eu aucune conséquence cardiaque apparente ; le malade est sorti du service avec un mini souffle d'insuffisance aortique.

Le fait que 0,5 g de streptomycine et 1 million de pénicilline aient négativé pendant huit jours les hémocultures prouve le rôle néfaste des antibiotiques dans la recherche des germes (l'état du malade permettant d'attendre huit jours, ce qui n'est pas toujours le cas !).

OBSERVATION N° 18

M. Sau... Jean, 58 ans, représentant

- *Antécédents :*

Pas d'antécédents particuliers.

- *Période de début :*

Depuis octobre 1968, altération de l'état général avec :

— asthénie, anorexie ;

- fièvre entre 37°7 et 38°4 ;
- sueurs nocturnes ;
- douleurs aux membres inférieurs.

Les diagnostics de brucellose et de tuberculose sont infirmés.

• *Hospitalisation :*

Hospitalisé en janvier 1969 en médecine B, à Nevers, pour fièvre inexpiquée :

- fièvre à 38°.

Aucun signe clinique n'est retrouvé, sauf une arthrite du gros orteil fugace (retrouvée à l'interrogatoire en mars).

N.F.S. :

- 4.230.000 G.R. ;
- 7.000 G.B.

V.S. : 21 à la première heure ; 47 à la seconde.

Urée : 0,32 g.

Aucun diagnostic n'est porté.

Hospitalisé en mars 1969 dans le service :

- altération de l'état général très importante ;
- amaigrissement de 8 kg en un mois et demi.

Auscultation :

- Souffle systolique endo-apexien méso-systolique, bien entendu en décubitus latéral gauche, d'intensité 1/6.
- Splénomégalie nette.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

- 4.200.000 G.R. ;
- 7.500 G.B., dont 72 % P.N.

V.S. : 25 à la première heure ; 40 à la seconde.

H.L.M. : 16.940 hématies ; 2.120 leucocytes.

Fibrine : 5,40 g.

Fond d'œil typique : léger œdème de la papille avec sept suffusions pré-capillaires le long des vaisseaux.

Cinq hémocultures vont montrer un entérocoque (Institut Pasteur, Paris).

Antibiogramme :

- sensible : pénicilline, tifomycine, érythromycine ;
- intermédiaire : streptomycine ;
- persistant : kanamycine.

Traitement :

50 millions de pénicilline et 1,5 g de streptomycine en perfusion continue pendant quatre semaines.

- *Evolution :*

Apparition d'un panaris au deuxième orteil du pied droit.

Clochets fébriles après le vingtième jour de perfusion, sans doute en rapport avec une veinite.

- *Conclusion :*

N'a pas été aggravé par six mois sans traitement.

Le diagnostic était difficile en raison de la discrétion du souffle apexien uniquement audible en décubitus latéral gauche.

OBSERVATION N° 19

M. Ren... Robert, 67 ans

- *Antécédents :*

Pas d'antécédents particuliers.

- *Période de début :*

Fièvre depuis le 20 mai 1968 avec :

— altération profonde de l'état général ;

— sueurs, frissons ;

— diarrhée qui va orienter vers une étiologie digestive.

La fièvre disparaît sous des doses minimales d'antibiotiques, mais dès l'arrêt de ceux-ci, nouveaux accès fébriles.

- *Hospitalisation :*

Le 11 avril 1968 : fièvre à 37°7 qui va rapidement atteindre 39°4 en deux jours.

Auscultation :

— Souffle systolique à type d'éjection, d'intensité 3/6, siégeant à la pointe, s'associant à un thrill.

T.A. : 14-9. Pouls régulier à 80.

Faux panaris au niveau de l'articulation P₁-P₂ de l'index droit.

Examens complémentaires :

Radioscopie :

— aorte très dilatée ;

— pas de calcifications ;

— ceci évoquant une communication inter-ventriculaire ou un rétrécissement aortique.

Electrocardiogramme : bloc incomplet droit.

N.F.S. :

— 5.300.000 G.R. ;

— 9.000 G.B., dont 74 % P.N.

Une numération faite en ville avant l'hospitalisation montrait une anémie avec polynucléose neutrophile.

V.S. : 20 à la première heure ; 42 à la seconde.

Urée : 0,42 g.

H.L.M. : 3.500 leucocytes.

Huit hémocultures vont montrer un streptocoque (Docteur ACAR, Hôpital Saint-Joseph, Paris) qui ne sera pas typé.

Antibiogramme :

— sensible : pénicilline, streptomycine, céforme, keflin, érythromycine ;

— intermédiaire : streptomycine, tifomycine.

Traitement :

30 millions de pénicilline potassique et 1,5 g de streptomycine en perfusion continue pendant trente jours.

• *Evolution :*

Apyrexie en deux jours de traitement.

Revu en consultation quatre mois après : cardiopathie stable, pas de signe de récédive.

• *Conclusion :*

L'âge du malade (soixante-sept ans) et le peu d'intérêt autre qu'ictonographique contre-indiquent le cathétérisme cardiaque qui aurait permis de trancher entre un rétrécissement aortique et une communication inter-ventriculaire.

L'aspect radioscopique n'étant pas en faveur d'une insuffisance mitrale.

La diarrhée et les douleurs abdominales ont retardé le diagnostic de trois semaines en orientant celui-ci vers une origine hépatique.

**VII. — Malade cardiaque connu ayant eu une endocardite
et dont la cardiopathie ne s'est pas aggravée,
car bien suivi**

- *Observation n° 20* : Bau... Jean
- *Observation n° 21* : Pet... Marcel
- *Observation n° 22* : Was... Marcelle
- *Observation n° 23* : Rey... André

* *

OBSERVATION N° 20

M. Bau... Jean, 42 ans, ouvrier spécialisé

• *Antécédents :*

1) Rétrécissement mitral avec arythmie complète connue depuis 1962. Bon roulement diastolique à 3/6, éclat B₁, B₂ pulmonaire un peu plus fort, pas de souffle systolique, ni de souffle diastolique.

2) Commissurotomie en 1966 sur les conseils du Docteur FAUJOUX. Les suites sont très bonnes : la dyspnée d'effort a diminué, pas d'hépatalgie.

• *Période de début :*

Depuis huit jours, apparition d'une fièvre à 37°5 le matin et 39° le soir.

• *Hospitalisation :*

Le 4 février 1968 :

— fièvre à 37°8 ;

— denture en mauvais état qui sera traitée au cours de l'hospitalisation.

Auscultation cardiaque :

Sans modifications.

Eclat de B₁.

Souffle holo-systolique en jet de vapeur (2/6).

Dédoublement de B₁.

Ebauche de roulement.

Examens complémentaires :

Trois hémocultures seront faites en ville la veille de l'hospitalisation. Une seule permet d'isoler un streptocoque sanguis (Docteur ACAR, Hôpital Saint-Joseph, Paris).

Antibiogramme : sensible à pénicilline G, streptomycine, chloramphénicol, tétracycline, érythromycine.

N.F.S. :

— G.R. : 4.700.000 ;

— G.B. : 9.400 ; P.N. : 69 %.

V.S. : 10-25.

Fibrine : 6,9 g.

H.L.M. : hématies 0 ; leucocytes 1.400.

Pas d'albumine.

• *Evolution :*

Apyrétique au lendemain de l'hospitalisation. Le traitement débute le 6 février 1968 et se poursuivra pendant quatre semaines. Il consiste en 20 millions de pénicilline et 1 g de streptomycine en perfusion continue.

• *Conclusion :*

Le malade étant connu et suivi régulièrement pour sa cardiopathie, le diagnostic a été fait en huit jours. Il n'y a pas eu d'aggravation ni de complications oslériennes.

Origine dentaire très probable.

Revu le 12 mars 1968 : état stationnaire.

OBSERVATION N° 21

M. Pet... Marcel, 37 ans

• *Antécédents :*

Rhumatisme articulaire aigu à vingt ans, avec rechute en 1963, avec aggravation probable de son endocardite rhumatismale.

En juin 1964 : nouvelle rechute mal traitée.

En septembre 1964 :

Poussée d'insuffisance cardiaque :

— hépatalgie ;

— grave insuffisance tricuspидienne avec souffle systolique au foyer tricuspидien, d'intensité 4/4 ;

— en scopie : cardiomégalie V_2 ;

— électrocardiogramme : bloc incomplet droit avec rotation droite de l'axe ;
T négatif dans précordien droit ; surcharge ventriculaire droite.

En mars 1966 : insuffisance cardiaque irréductible.

Le malade est transféré dans le Service du Professeur SOULÉ pour investigations.

Intervention pour rétrécissement mitral le 23 mai 1966, par le Docteur SERVELLE, qui trouve un orifice mitral de 1 cm² avec fuite, des valves très calcifiées, sauf au niveau de la commissure interne. Dans les suites, l'examen auscultatoire est nettement modifié.

Souffle systolique tricuspide très diminué : 1/6.

À la pointe, roulement diastolique dans la proto-diastole avec un souffle systolique 4/6.

Arrythmie complète réduite par choc électrique.

- *Période de début :*

Extractions dentaires, en février 1967, pour lesquelles le malade reçoit préventivement 2 millions de pénicilline par jour pendant quelques jours.

Etat fébrile à 38°2 en avril 1967, qui persiste depuis quinze jours.

Une hémoculture faite en ville montre la présence de deux streptocoques identifiés à l'Institut Pasteur à Paris (K et mitis).

L'antibiogramme montre une sensibilité à :

- pénicilline G (K et mitis);
- chloramphénicol ;
- tétracycline.

- *Hospitalisation :*

Dans le service, le 27 avril 1967 :

- auscultation inchangée ;
- pas de signes cutanés ;
- pas de splénomégalie.

Examens complémentaires :

N.F.S. :

- G.R. : 4.400.000 ;
- G.B. : 6.400 ; P.N. : 57 %.

V.S. : 10-16.

H.L.M. : hématies 270 ; leucocytes 1.870.

Urée : 0,24 g.

Protides : 64 g.

Après dix-huit jours de traitement par pénicilline (40 millions en intra-veineux) et streptomycine (1 g en intra-musculaire), apparition d'une fièvre à 38°2 avec une V.S. à 42-85.

Deux nouvelles hémocultures pratiquées resteront négatives.

On peut se demander si cette nouvelle poussée fébrile n'est pas à mettre sur le compte de l'antibiothérapie, car dès son arrêt tout va rentrer dans l'ordre. La température redevient normale.

L'antibiothérapie n'aura eu que cette courte durée de dix-huit jours.

- *Evolution :*

Revu périodiquement : aucune reprise thermique jusqu'en 1969.

Endocardite sans problème car le diagnostic a été porté très précocement, ce malade étant un cardiaque connu et bien surveillé.

Il faut noter que la couverture antibiotique (pénicilline : 2 millions) qui a été prescrite au cours de l'extraction dentaire a été inefficace et n'a pas empêché la greffe bactérienne.

OBSERVATION N° 22

Mme Was... Marcelle, 30 ans

- *Antécédents :*

Dilatation des bronches opérée à dix ans.

Rhumatisme articulaire aigu avec rétrécissement mitral en 1952.

Une grossesse sans problème.

- *Période de début :*

Après extraction dentaire en juillet 1963, apparition d'une altération de l'état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement, arthralgies de la jambe gauche et cheville gauche.

Des examens de laboratoire pratiqués en ville montrent :

N.F.S. :

— G.R. : 3.100.000.

— G.B. : 6.400 ; P.N. : 72 %.

V.S. : 50-85.

Antistreptolysines à 200.

Consulte le Docteur FAUJOUX le 13 septembre 1963.

L'examen clinique révèle :

Auscultation cardiaque : souffle systolique d'insuffisance mitrale irradiant à la pointe et dans l'aisselle, d'intensité 4/6, non frémissant, holo-systolique.

T.A. : 15-7.

Radioscopie difficile en raison de la lobectomie. Débord droit, arc moyen gauche convexe. Œsophage dévié en O.A.D.

Pôle inférieur de rate perçu.

A la pulpe d'un doigt, lésion suspecte d'Osler.

- *Hospitalisation :*

Le 14 septembre 1963, avec le diagnostic d'endocardite bactérienne.

Divers examens vont confirmer le diagnostic.

N.F.S. :

— G.R. : 3.700.000 ;

— G.B. : 10.400 ; P.N. : 84 %.

H.L.M. : hématies 3.800 ; leucocytes 5.930.

V.S. : 25-63.

Urée : 0,40.

Sur trois hémocultures, deux seront positives :

- à *Escherichia coli* sensible à streptomycine, kanamycine, chloramphénicol, colimycine ;
- à streptocoque non typé sensible à pénicilline, chloramphénicol, auréomycine, érythromycine.

Fond d'œil : quelques hémorragies et léger œdème papillaire.

Un traitement antibiotique va être poursuivi pendant quatre semaines avec pénicilline (1 million en intra-musculaire toutes les heures), streptomycine (1 g par jour) et colimycine (4 millions par jour).

• *Conclusion :*

Endocardite avec certainement une majoration de l'insuffisance mitrale.

Le malade est revu en 1968, sa cardiopathie était stable.

OBSERVATION N° 23

M. Rey... André, 56 ans, chef de gare

• *Antécédents :*

Rhumatisme articulaire aigu en 1946.

Découverte d'un souffle d'insuffisance aortique en 1960.

• *Période de début :*

Apparition, le 15 septembre 1964, d'une fièvre à 38°9 avec frissons.

Malgré un traitement à base de sulfamides, persistance de la fièvre à 40°.

Une hémoculture pratiquée en ville montre un streptocoque, mais le diagnostic d'Osler n'est pas porté, et le malade est traité par six injections de pénicilline-streptomycine seulement.

L'apyrexie dure une semaine. Nouvel état fébrile à 40° fin septembre 1964 avec douleurs dans l'hypocondre gauche. Un nouveau traitement à base de tifomycine et cortancyl est prescrit.

• *Hospitalisation :*

Le 4 octobre 1964, pour fièvre inexpliquée.

Asthénie, anorexie.

Fièvre : 38°.

Auscultation :

— Souffle diastolique d'insuffisance aortique.

T.A. : 13-5.

Electrocardiogramme normal.

Pas de splénomégalie.

Pas de signes cutanés.

Pas d'hippocratisme digital.

Examens complémentaires :

Deux hémocultures montrent un *Streptococcus mitis* (Institut Pasteur, Paris).

N.F.S. :

— G.R. : 3.500.000 ;

— G.B. : 11.200 ; P.N. : 63 %.

H.L.M. : hématies 1.350 ; leucocytes 10.400.

V.S. : 35-75.

Fibrine : 5,60 g.

Urée : 0,25.

Protides totaux : 83 g.

Antistreptolysines : 125 unités.

Hypergamma globulinémie.

• *Evolution :*

Pendant quatre semaines, un traitement à base de pénicilline (12 millions en intra-musculaire) et streptomycine (1 g en intra-musculaire) est institué. Le malade est rapidement apyrétique.

Un nouvel électrocardiogramme va montrer une onde T qui se négative en V₅-V₆, correspondant probablement à un petit foyer métastatique intramyocardique. On note quelques extrasystoles qui vont nécessiter 3 comprimés par jour de cardioquine.

• *Conclusion :*

La porte d'entrée est probablement dentaire étant donné le très mauvais état de la denture du malade.

Il faut noter que le diagnostic aurait pu être porté huit jours après le début de la maladie, puisqu'une hémoculture était positive à cette période.

VIII. — Endocardite à évolution particulière : rupture de la rate

OBSERVATION N° 24

Mme K... Françoise, 23 ans

• *Antécédents :*

Souffle systolique connu depuis l'âge de douze ans sans que l'on ait eu la notion d'une crise de R.A.A.

• *Période de début :*

Etat fébrile depuis le 24 octobre 1968 avec une fièvre entre 39° et 40° depuis le 30 octobre 1968.

L'apparition d'une tuméfaction articulaire au genou droit très douloureux, s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle, fait penser à son médecin traitant à un R.A.A. En fait, les examens complémentaires (antistreptolysines à 200 U) et la symptomatologie plaident pour un syndrome septicémique.

Hospitalisé le 7 novembre 1968.

Fièvre à 40° ; altération de l'état général.

Troubles psychiques.

Syndrome méningé avec une ponction lombaire à liquide trouble contenant 546 éléments, dont :

— polynucléaires neutrophiles : 88 % ;

— lymphocytes : 7 % ;

— cellules endothéliales : 5 %.

Albumine : 0,60 g.

Sucre : 0,70.

Auscultation cardiaque :

— Souffle systolique apexo-sternal d'insuffisance mitrale ou de communication inter-ventriculaire.

Purpura micro-pétéchial dans la région sus-claviculaire.

Splénomégalie.

Examens complémentaires

Sur trois hémocultures pratiquées, deux seront positives au staphylocoque doré (Docteur ACAR, Hôpital Saint-Joseph, Paris), qui possède une coagulase sensible à la gentamycine, au keplin, pyostacine, résistant à la pénicilline G, intermédiaire à la tifomycine.

N.F.S. :

— G.R. : 3.400.000 ;

— G.B. : 34.400.

H.L.M. :

— hématies : 0 ;

— leucocytes : 670.

V.S. : 20-42.

Urée : 0,26 g.

Fibrine : 6,50 g.

Protides : 45 g.

Fond d'œil normal.

• *Evolution :*

1) Un traitement à base de 8 g de keflin et 200 mg de gentalline en perfusion intra-veineuse continue va régulariser la fièvre en cinq jours. Malgré la poursuite du traitement, reprise de la fièvre le dixième jour avec douleur de l'hypocondre gauche et une masse palpable évoquant une splénomégalie.

Vingt-quatre heures plus tard, survenue d'un collapsus qui oblige à intervenir en urgence.

Le Docteur ROUQUETTE trouve une grosse rate avec un infarctus et une rupture du pôle supérieur. De plus, la rate est parsemée d'abcès miliaires et il existe, de plus, un anévrisme sur l'artère splénique. La splénectomie sera difficile.

2) Les suites opératoires sont assez bonnes, bien que l'état fébrile persiste malgré un traitement antibiotique pendant vingt jours à base de keflin (8 g) et gentalline (200 mg en perfusion). Le traitement sera interrompu pendant quinze jours pour refaire des hémocultures qui vont être négatives.

Mis à la pyostacine à raison de 4 g par jour, la fièvre se régularise en quatre jours.

Au point de vue cardiaque :

— électrocardiogramme sans changement ;

— souffle systolique non majoré ;

— scopie : cardiomégalie V_1 ; augmentation très modérée de l'oreillette gauche ; artère pulmonaire non expansive ; hypertrophie ventriculaire peu importante, ce qui peut correspondre à une insuffisance mitrale ou à une communication interventriculaire minime.

Le phonocardiogramme montre un petit souffle holo-systolique.

3) Une hypertension artérielle, un examen cytotactériologique des urines qui montre une hématurie microscopique assez franche et une urographie intra-veineuse objectivant l'absence de rein droit, et un rein gauche normal mais un peu dilaté, font penser à un infarctus rénal. Toutefois, une artériographie rénale réalisée deux mois plus tard n'a pas confirmé ce diagnostic.

- *Conclusion :*

Endocardite à staphylocoque doré avec point de départ utérin (*post-abortionum*) sans aggravation des lésions cardiaques, grâce à un diagnostic rapide facilité par un tableau de septicémie.

L'association gentalline-keflin n'a pas donné les résultats que l'on pouvait attendre comme s'il y avait eu une inhibition réciproque. La pyostacine seule a stérilisé l'infection.

Complication dramatique : infarctus splénique et rupture spontanée de rate qui a failli être mortelle.

ETUDE ETIOLOGIQUE

Nous irons vite sur l'âge et le sexe de peu d'intérêt.

I. — Le sexe

Nombre nettement plus important d'hommes que de femmes :
— 19 contre 5.

Ceci se vérifie dans toutes les publications :

— 124 hommes pour 82 femmes dans l'étude faite par
WITCHITZ.

II. — L'âge

Cette étude ne comporte que 9 observations avant cinquante ans.

III. — Cardiopathies causales

- Malades porteurs de lésions rhumatismales : 13 cas :
 - 3 insuffisances aortiques ;
 - 3 insuffisances mitrales ;
 - 2 rétrécissements mitraux ;
 - 3 polyvalvulites mitro-aortiques ;
 - 2 cas avec antécédents de rhumatismes articulaires aigus sans notion de cardiopathie.

- Malades porteurs de lésions congénitales : 3 cas :
 - 1 anévrisme du sinus de Valsalva confirmé par autopsie ;
 - 2 communications inter-ventriculaires probables, mais non confirmées par des examens complémentaires qui n'auraient eu d'intérêt qu'ictonographique.

- Malades sans antécédents particuliers : 8 cas :

Il est bien difficile d'affirmer la nature primitive de l'endocardite pour deux raisons principales :

- l'auscultation cardiaque avant la maladie est inconnue ;
- la possibilité de malformations cardiaques parfaitement inaudibles, telle la bicuspidie aortique.

Cette proportion des 8 cas sur 24 est élevée, comparée à d'autres publications.

- Pour CONTRERAS : sur 280 autopsies, 20 cas considérés comme primitifs, soit 7,1 %.
- Pour WITHCHITZ : sur 212 cas, 30 considérés comme primitifs, dont 16 vérifiés anatomiquement, soit 14 %.

IV. — Bactériologie

1) 18 fois les hémocultures ont permis de mettre un germe en évidence.

- Streptocoques : 14 fois, dont :
 - 3 apparentés aux entérocoques ;
 - 2 apparentés aux sanguis ;
 - 2 apparentés aux mitis ;
 - et 7 non typés.
- Staphylocoques : 5 fois :
 - blanc : 2 cas pour lesquels les 5 hémocultures ont montré le même germe ;
 - doré : 3 cas.
- Colibacille : 1 cas.

Il faut noter deux associations :

- entre streptocoques : mitis et sanguis ;
- entre streptocoques et colibacilles.

2) Dans 5 observations, l'hémoculture a été négative :

- Observation n° 1 : diagnostic confirmé par autopsie.
- Observation n° 5 : une seule hémoculture, diagnostic confirmé par autopsie.
- Observation n° 9 : tableau clinique très évocateur, décédé d'anévrisme mycotique (hémorragie cérébro-méningée). Ce malade avait reçu des antibiotiques dans les jours précédant l'hospitalisation.
- Observation n° 15 : tableau clinique très évocateur.
- Observation n° 16 : le malade avait reçu des antibiotiques dans les jours précédant l'hospitalisation.

On peut donc discuter l'hémoculture négative dans 2 cas seulement.

Trois raisons sont généralement invoquées pour justifier l'hémoculture négative :

- Mauvaise technique bactériologique.
- Existence de phases bactériennes anormales, formes L, surtout chez des malades ayant reçu auparavant des antibiotiques :
 - dans les observations n° 9 et 16, les hémocultures sont restées négatives après un traitement antibiotique en ville ;
 - dans l'observation n° 17, le malade avait reçu 1 million de pénicilline et 1 g de streptomycine le jour précédant l'hospitalisation ; les hémocultures n'ont commencé de pousser que huit jours plus tard !
- Enfin, il est classique de parler de période abactérienne.

Le pronostic cardiaque est très variable selon la nature du germe en cause :

- 2 décès sur 3 cas d'entérocoques ;
- 3 décès sur 4 cas à staphylocoques (dont 1 blanc) ;
- 3 décès sur 5 cas à hémocultures négatives ;
- 2 décès sur 12 cas de streptocoques (sauf les entérocoques).

On peut donc admettre que le pronostic est plus péjoratif dans les cas d'endocardites à entérocoques, à staphylocoques et à hémocultures négatives (où le germe n'étant pas identifié, le traitement anti-infectieux est peu ou prou efficace).

V. — Porte d'entrée

Elle a été retrouvée 15 fois avec assez de certitude :

- Dans 13 cas : origine dentaire (extraction dentaire, abcès, granulome) dont 11 à streptocoques.
- 1 cas d'origine utérine dont le germe a été un staphylocoque doré.
- 1 cas d'origine cutanée avec identité des germes de la lésion cutanée et de l'hémoculture : staphylocoque doré.

D'après une étude réalisée à l'Hôpital Claude-Bernard, il existe une bactériémie en cas d'extraction dentaire dans :

- 70 à 80 % dans cas sous anesthésie générale ;
- 15 à 20 % dans cas sous anesthésie locale.

Ceci illustre bien l'importance des soins dentaires chez le cardiaque.

La prophylaxie est donc obligatoire et consistera en un traitement de huit jours :

- un jour avant les soins dentaires et jusqu'à cicatrisation, soit sept jours en moyenne de pénicilline (5 millions) et de streptomycine (1 g par jour).

COMPLICATIONS

I. — Complications cardiaques

1) Apparition ou aggravation des lésions valvulaires

- La greffe bactérienne se manifeste en priorité sur les valves aortiques.
 - Sur 16 insuffisances aortiques, on ne compte que 3 cas connus antérieurement, qui d'ailleurs se sont majorés par la greffe bactérienne.
- Au contraire, pour la valve mitrale, sur 10 cas, 7 étaient connus avant la greffe bactérienne.
- Au total, en considérant les polyvalvulites, la sémilogie auscultatoire a été modifiée dans 15 observations, ce qui, comparé aux divers publications, est un pourcentage élevé :
 - THIVOLET : 19 modifications auscultatoires sur 82 cas, dont 11 formes primitives.
 - WITCHITZ : 40 modifications auscultatoires sur 212 cas.

2) Insuffisance cardiaque

Elle est apparue 14 fois parmi les 15 modifications auscultatoires, dont :

- 7 décès en rapport direct :
 - observation n° 1 : anévrisme de Valsalva modifiant la physiologie valvulaire ;

- observation n° 2 : insuffisance cardiaque dès le début de la maladie, jugulée pendant un an grâce aux prothèses valvulaires ;
- observation n° 3 : décès au quinzième jour d'hospitalisation ;
- observation n° 4 : décès au septième jour de l'hospitalisation ;
- observation n° 5 : décès au troisième jour de l'hospitalisation ;
- observation n° 6 : décès au quinzième jour de l'hospitalisation ;
- observation n° 7 : décès six mois après l'endocardite bactérienne.
- 2 décès dus à des complications cérébrales :
 - observations n°s 8 et 9.
- 5 stabilisés par un traitement médicamenteux :
 - observations n°s 10, 11, 12, 13 et 15.

L'insuffisance cardiaque représente donc une part importante des décès ; la majorité des auteurs (FREDBERG, COLES, CHRISTIE, VOGLER, WITCHITZ, MORGOUR, BLOUD) font état de plus de 50 %.

3) Modifications électrocardiographiques

Nous avons observé :

- Surcharge ventriculaire :
 - en rapport avec les destructions valvulaires.
- Allongement de PR : 3 fois :
 - observation n° 1, dû à l'anévrisme du sinus de Valsalva ;
 - observations n°s 16 et 21, où il fut transitoire.
- Onde T négative en cours d'évolution :
 - observation n° 23 : correspondant probablement à un foyer métastatique intra-myocardique, mais pouvant évoquer également une péricardite ou des troubles métaboliques.

II. — Complications extra-cardiaques

1) Les embolies

- Des membres :
 - observations n^{os} 2 et 16.
 - Rénale :
 - observation n^o 24 : une hypertension artérielle et une absence d'opacification d'un rein à l'urographie intra-veineuse avaient fait évoquer le diagnostic. Une artériographie, trois mois plus tard, a montré deux reins apparemment sains, ce qui laisse l'interprétation de cette observation litigieuse.
 - Cérébrale :
 - observations n^{os} 3 et 11.
 - Splénique :
 - observations n^{os} 11 et 23 : douleurs dans l'hypocondre gauche sans augmentation du volume de la rate ;
 - observation n^o 24 : embolie avec rupture splénique : la malade, opérée en urgence a eu des suites sans problème, ce qui semble assez rare, puisque BARON et WEMSHELHAUM, sur une série de 13 cas, n'ont eu que 2 survies.
 - Rétine :
 - observation n^o 13 : où le fond d'œil est typique.
- Soit 9 embolies correspondant à 7 malades. Il faut toutefois bien remarquer que 3 cas ne peuvent être affirmés.
- Le pourcentage actuel des embolies est de 21,9 % (THIVOLET).

2) Anévrismes

- Poplités :
 - observation n^o 2 : tumeur anévrismale confirmée par artériographie.
- Splénique :
 - observation n^o 24 : diagnostic per-opératoire lors de la splénectomie.

- Cérébral :
— observations n^{os} 8 et 9.

Leurs ruptures présumées ont entraîné le décès de ces deux malades.

3) Rénales

- Albuminurie : 1 cas :
— mais cet examen n'est demandé qu'une seule fois pour chaque malade à l'entrée.
- Hématies, leucocytes-minute :
— 11 malades sur 20 ont eu des chiffres supérieurs à 2.000.
- Insuffisance rénale avec élévation du taux d'urée supérieure à 0,70 g :
— un seul cas où le malade est décédé d'insuffisance cardiaque et rénale avec une urée à 2,97 g ;
— 3 cas (observations n^{os} 7, 15, 24) où les taux d'urée ont été respectivement 1,35 g, 1,12 g, 0,87 g au cours de l'évolution.

Ces taux n'ont été que transitoires : 0,38 g, 0,50 g et 0,20 g quinze jours plus tard.

La discrétion des complications rénales est à souligner dans ces observations : aucun décès dû à l'insuffisance rénale seule, même tardive.

RAPPORT

ENTRE LES LÉSIONS VALVULAIRES

ET

LE RETARD APPORTE AU DIAGNOSTIC

Dans 15 observations, le retard a été important :

— Observation n° 2 : Las... René,	6 semaines	
— Observation n° 3 : Let... Edouard,	32	»
— Observation n° 4 : Gir... Emile,	8	»
— Observation n° 5 : Jac... Simon,	24	»
— Observation n° 6 : Des... Louis,	8	»
— Observation n° 7 : Pie... Maurice,	24	»
— Observation n° 8 : Pel... René,	4	»
— Observation n° 9 : Mar... Charles,	8	»
— Observation n° 10 : Guy... René,	4	»
— Observation n° 11 : Bra... Norbert,	44	»
— Observation n° 12 : Ber... Roger,	12	»
— Observation n° 13 : Mor...,	52	»
— Observation n° 14 : Han... Andrée,	10	»
— Observation n° 15 : Soe... Andrée,	8	»
— Observation n° 16 : Sar... Charles,	52	»

Les huit premiers (observations n°s 2 à 9) sont décédés pendant l'hospitalisation :

- d'insuffisance cardiaque (observations n°s 2, 3, 4, 5 et 6);
- d'hémorragie méningée (observations n°s 8 et 9).

Quatre seulement avaient des antécédents de R.A.A., dont deux ne se savaient pas porteur d'un souffle. Chez les trois autres, aucun antécédent particulier n'a été noté.

- Dans tous les cas (même ceux décédés d'hémorragie méningée), des lésions valvulaires aortiques se sont constituées en un temps plus ou moins important (de quatre à trente-deux semaines), qui ont entraîné une insuffisance cardiaque irréversible.
- Dans les observations suivantes (observations n^{os} 10, 11, 12 et 13), l'insuffisance cardiaque est difficilement jugulée malgré une thérapeutique appropriée ; 2 malades (observations n^{os} 10 et 11) pourraient être du ressort de la chirurgie cardiaque dans un proche avenir.

Les retards apportés aux diagnostics ont été de six semaines à un an. Il est à noter l'absence de rapport direct entre le nombre de semaines et l'importance des lésions cardiaques.

- Dans l'observation n^o 2, en six semaines la destruction des valves aortiques a été si importante qu'il a fallu avoir recours à la chirurgie cardiaque dès la fin du traitement anti-infectieux. Par contre (observation n^o 12), l'endocardite a évolué sur un an ; les lésions valvulaires sont importantes, mais sans commune mesure avec les précédentes.

Toutefois, on peut noter qu'un tel retard a provoqué des dégâts valvulaires qui n'auraient peut-être pas été aussi importants si le diagnostic avait été porté dans des limites plus courtes.

Prenons l'observation n^o 2, où le malade a été fébrile pendant six semaines.

D'abord traité par l'hexacycline pendant quatre jours. Dès le cinquième jour, nouvelle poussée thermique : ceci est très symptomatique et se retrouve dans la plupart des observations où une antibiothérapie a été prescrite à l'aveugle.

Le malade ayant des douleurs lombaires, la furadoïne est prescrite pendant cinq semaines. Son médecin ne commençant à se poser de problème que lorsque le malade était en insuffisance cardiaque !

On peut donc penser que si le diagnostic avait été porté à la deuxième ou troisième semaine, ce malade aurait guéri simplement.

Le diagnostic d'endocardite n'est pas toujours facile à affirmer :

• Dans l'observation n° 11, malade ayant des antécédents de R.A.A. et suivi pendant six mois avec la « hantise » de l'endocardite :

- une douleur du gros orteil en juillet 1968 qui fut prise pour une goutte avec fébricule depuis cette date ;
- une douleur de l'hypocondre droit en décembre 1968 ;
- une nouvelle arthrite de l'orteil droit avec une importante fièvre en mars 1969.

Tous ces signes retrouvés *a posteriori* confirment une évolution de six mois, et à aucun moment le diagnostic n'a été posé car on « manquait de signes ».

Cette attitude est une erreur fréquente, le médecin s'imposant une symptomatologie complète de la maladie pour demander une hémoculture. En fait, ce doit être le contraire ; devant un seul signe (la fièvre en particulier), on a le devoir de demander une hémoculture chez un sujet porteur d'une cardiopathie.

Il est intéressant de rechercher les raisons pour lesquelles le diagnostic a été porté de façon si tardive par le médecin traitant :

Observation	Diagnostic évoqué	Jugement en fonction de l'attitude thérapeutique
2	Douleurs lombaires	Responsabilité médicale
3	Troubles dyspeptiques	Insouciance du malade et erreur de diagnostic
4	Troubles dyspeptiques	Responsabilité médicale
5	Méningite	Erreur de diagnostic
6	Insuffisance cardiaque	Diagnostic difficile
7	Troubles dyspeptiques	Responsabilité médicale
8	Grippe prolongée	Responsabilité médicale
9	Etat fébrile	Insouciance du malade
10	Arthralgies	Erreur de diagnostic
11	} Troubles dyspeptiques	Responsabilité médicale
12		Responsabilité médicale
13	Douleurs lombaires	Responsabilité médicale
14	Faux panaris opérés	Responsabilité médicale
15	Insuffisance cardiaque	Erreur de diagnostic
16	Fièvre + arthralgie	Responsabilité médicale

Tous ces malades, dont le diagnostic à l'arrivée à l'hôpital était évident, ont été méconnus par le médecin traitant.

Nous considérons « responsabilité médicale » lorsque le diagnostic était évident sur une symptomatologie telle que :

— fièvre depuis plusieurs semaines ;

— souffle diastolique ;

— panaris sans pus...

imposant au moins quelques examens complémentaires.

Dans le tiers des cas (5 fois), le médecin traitant a parlé de troubles dyspeptiques, alors que ces 5 malades avaient un énorme souffle diastolique au moment de l'hospitalisation. Ces malades n'ont donc pas été examinés correctement. Ces « diagnostics de facilité » sont certainement en rapport avec l'asthénie que l'on retrouve pratiquement chez tous ces malades.

Sur 24 malades, 2 seulement ont eu des hémocultures en ville :

— observation n° 21 : prescrite par un médecin hospitalier, le germe fut isolé et le malade traité en conséquence dans un délai de deux semaines après le début de la fièvre ;

— observation n° 23 : hémoculture prescrite par un généraliste, le germe fut également isolé, mais le traitement en ville comporta six injections de pénicilline (1 million) et streptomycine (1 g) !

Il faut donc admettre que l'hémoculture n'est malheureusement qu'un examen hospitalier...

En conclusion, sur ces 15 cas rapportés, le rapport lésions valvulaires et retard de diagnostic est évident. Cependant, il faut citer les observations n°s 17, 18 et 19 qui, malgré un retard de diagnostic de trois mois, six mois et un mois, n'ont pas posé de problème valvulaire.

CONCLUSIONS

Malgré la diffusion de l'antibiothérapie et l'extension et les progrès de la chirurgie cardiaque, le rapport de nos 24 observations d'endocardite bactérienne recueillies au Centre Hospitalier de Nevers montre un pronostic sévère de cette affection :

- 9 décès immédiats ;
- 7 malades dont l'avenir est très compromis.

Les raisons de cette gravité sont multiples :

- 1° La nature même de la maladie.
- 2° Sa non-reconnaissance par les médecins généralistes qui exigent, ou attendent, une symptomatologie complète pour poser le diagnostic.
Le retard apporté au diagnostic est en moyenne de trois mois et demi (quinze jours à un an).
- 3° L'insuffisance de demande d'hémoculture en pratique de ville.
- 4° Une antibiothérapie à l'aveugle est prescrite à des doses infimes en absence de diagnostic.
- 5° Certains germes paraissent assombrir le pronostic : entérocoques, staphylocoques.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
BASTIN

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROBERT MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERNHE. — Pronostic de la maladie d'Osler. (*Thèse*, Paris, 1967.)
- BARON, WEINSHELBAUM. — Rupture de rate et endocardite bactérienne. (*J.A.M.A.*, 8 juillet 1968.)
- BERTOYE. — Généralités sur la thérapeutique de l'endocardite bactérienne. (*Vie Médicale*, septembre 1967.)
- CHICHE, WITCHITZ. — Trente cas de sigmoïdite aortique au décours d'endocardite bactérienne. (*Semaine des Hôpitaux*, septembre 1966.)
- DUREUX, JEANDIN. — A propos de deux cas d'endocardite aiguë maligne avec méningite purulente. (*Annales Médicales*, Nancy, mai 1966.)
- LAPORTE, MAGREY, CONTANIN. — Endocardites malignes primitives. (*XXXI^e Congrès Méd.*, Paris, 1957.)
- GODEAU et HERREMANN. — Endocardites à hémocultures négatives. (*Vie Médicale*, septembre 1967.)
- KAHN. — Circonstances du diagnostic des endocardites infectieuses. (*Thèse*, Paris, 1968, n° 105.)
- LESKI, GIROMINI. — Complications rénales de l'endocardite bactérienne. (*Vie Médicale*, septembre 1967.)
- RABINOVICH, EVANS, SMITH. — Etude prolongée de l'endocardite bactérienne. (*Annals of Int. Medical*, août 1965.)
- SIGUIER, BÉTOURNE, GODEAU. — Diagnostic précoce de la maladie d'Osler. (*B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1963.)
- THIVOLET. — *Thèse*, Lyon, 1955.

- VERNANT. — Accidents neurologiques de l'endocardite bactérienne. (*Thèse*, Paris, 1966.)
- VIC-DUPONT, LANFER et CARTIER. — Onze cas de maladie d'Osler d'origine dentaire. (*B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1963.)
- WITCHITZ. — Cœur dans l'endocardite bactérienne. (*Thèse*, Paris, 1963.)
- Anévrisme de Valsalva. (*Archives des Maladies du Cœur*, mai 1968.)
- Endocardites bactériennes : un mort sur quatre. (*Concours Médical*, 1^{er} avril 1967.)
- Endocardites bactériennes : modifications actuelles de la maladie. (*Concours Médical*, septembre 1966.)
- Endocardites bactériennes à hémoculture négative.
- Etat actuel de l'endocardite bactérienne. (*Revue du Praticien*, 1969.)
- Les streptocoques dans l'Osler. (*Gazette Médicale*, 5 décembre 1967.)
- Perforation d'une valve aortique au cours de la maladie d'Osler. (*Circulation*, mai 1961.)
- Rupture de rate révélatrice d'Osler. (*Ann. Méd. Nancy*, août-septembre 1967.)

